Rok XLVII. Kraków, dnia 23. maja 1908 Nr 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich,
organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu oraz Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala krajowego w Sarajewie.

Kilka uwag i spostrzeżeń o samozatruciu z przewodu pokarmowego.

Podał

Prof. Dr L. Korczyński.

(Ciąg dalszy).

O szkodliwych skutkach pracy biologicznej, do której komórki nie są z góry przygotowane, objaśniają doświadczenia Isaaka i Friedemanna, wykonane w pracowni klinicznej Krausa w Berlinie. Badania te, zmierzające do poznania wpływu obcego białka, wprowadzonego wprost do naczyń krwionośnych u kóz, stwierdziły, że koza takiego białka nie przyswaja zupełnie; ustrój jej nie posiada odpowiednich receptorów. Przez stopniowe uodpornianie zapomocą małych ilości rozczynu odpowiedniego białka można jednak doprowadzić do wytwarzania receptorów, a równocześnie z tem do powstawania strątników. Skoro się to osiągnie, wtedy zjawia się zdolność do przyswajania białka, względnie do przerabiania go i zupełnego spalania aż do wytworzenia mocznika. Ale przy tej wewnętrznej pracy widoczny jest wielki wysiłek komórek, objawiający się na zewnątrz zwiększonem wydzielaniem azotu. Ilość azotu wydalonego przewyższa znacznie dowóz. Wytłómaczyć tego nie można inaczej, jak tylko rozpadem białka komórkowego, a więc zużywaniem się samych komórek, a to tem bardziej, skoro zwierzęta, użyte do doświadczeń, chorują, a niektóre z nich nawet giną. Białko, którego ustrój zwierzęcia poprzednio nie znał, ulega wprawdzie ostatecznie siłom rozkładowym komorek, ale przytem nastaje wyczerpanie i niszczenie samego ustroju, a więc to białko działa jak trucizna.

W tem wszystkiem, o czem mówiliśmy dotychczas, nie trudno dopatrzeć się pewnego podobieństwa do zjawisk, spostrzeganych u chorych, które skłonni jesteśmy tłómaczyć jako następstwa zatrucia wytworami własnej wymiany materyi. Nie należy bynajmniej do wielkich rzadkości, że pewne pokarmy wywołują u niektórych osób pewne nieprawidłowe objawy, rozmaite co do postaci i co do nasilenia. Dobrze jest znana pokrzywka, rumień naczynioruchowy, ostry wyprysk, a nawet podobne do róży zaczerwienienie i obrzęk skóry, powstające niekiedy po spożyciu poziomek, raków, ryb, nawet jaj i t. d., jeśli osoba, spożywająca te pokarmy, nie może ich znosić. Podobne zjawiska powstają także po zażyciu niektórych leków. Tłómaczymy to sobie t. zw. idiosynkrazyą. Taka idiosynkrazya może być albo wrodzona, często odziedziczona, albo nabyta, na stałe albo na pewien tylko okres czasu. Źródło jej leży niewątpliwie w tem, że ustrój nie posiada już od urodzenia, albo też wśród życia stracił zdolność trawienia pewnych ciał w znaczeniu biologicznem, brakuje mu pewnych grup amboceptorów. Ciała te działają nań wtedy podobnie do jadów.

Od zjawisk idiosynkrazyi już właściwie tylko krok jeden do objawów, noszących piętno samozatrucia. Dla ich powstawania, dla wytłómaczenia etyologii przyjąć trzeba dwa współdziałające czynniki: Pierwszym z nich jest nieprawidłowy tok przerabiania pokarmów w narządzie pokarmowym, zależny bądź to wprost tylko od stanu tego narządu, bądź też równorzędnie także od ilości, mieszaniny lub doboru pokarmów, które same przez się są zresztą zupełnie zdrowe. Za drugi czynnik trzeba uważać dalszy przebieg przerabiania materyałów odżywczych poza przewodem pokarmowym, począwszy od ścian kiszek, a kończąc na najdalszych narządach, a więc właściwe trawienie komórkowe i stwierdzić, że są w niem pewne braki, pewne odstępstwa od tego, co nazywamy prawidłowem spalaniem materyałów odżywczych.

Takie pojęcie sprawy nie sprzeciwia się w zasadzie zapatrywaniom, które od czasów Bouchardа kładą nacisk na rozkład fermentacyjny lub gnilny pokarmów w żołądku lub też w kiszkach. Jest on niewątpliwie ważnem ogniwem, istoty rozkładowe są doniosłym czynnikiem w powstawaniu samozatrucia, ale same przez się nie wzniecają go jeszcze. Z trawieniem nieprawidłowem, z zaleganiem treści pokarmowej rozłożonej spotykamy się nierzadko i u wielu chorych, a jednak nie widzimy tak często objawów zatrucia. Widocznie więc trzeba jeszcze czegoś więcej, aniżeli samego rozkładu, ażeby te objawy powstawały. A że istotnie potrzeba, dowodzą badania chemiczne treści wydobytej z chorego żołądka, stwierdzające w niej związki dwuaminowe. Mówią o nich w swych sprawozdaniach Kulneff, Bouveret i Devic, podnosząc równocześnie, że u chorych takich nie spostrzegano zbioru objawów, opisywanych przy samozatruciach.

W poszukiwaniu dalszych ogniw etyologicznych w tych sprawach zwrócono się do pojęć o odtruwającem działaniu niektórych narządów i zwłaszcza w czynności wątroby upa-

trywano niemal że swoisty wpływ na dalszą przemianę połączeń, powstających przy trawieniu kiszkowem. Punktem wyjścia były tu znane doświadczenia Schiffa, polegające na podwiązywaniu żyły wrotnej, po którem zwierzęta rychło ginęły wśród objawów zatrucia. Takie same objawy stwierdzono później po stworzeniu bezpośredniego połączenia między żyłą wrotną, a żyłą główną dolną (przetoka Ecksteina), tem bardziej zaś po zniszczeniu miąższu wątroby, jak to równocześnie i niezależnie od siebie stwierdzili Pick z Pragi i dwaj belgijscy lekarze Denys i Stubbe. Dalszych szczegółów dla ocenienia roli wątroby zdawały się dostarczać badania toksykologiczne, stwierdzające, że silne trucizny roślinne, jak strychnina, nikotyna, hioscyamina i t. d. działają słabiej, jeśli do ogólnego obiegu krwi dostają się przez wątrobę.

Wszystkie te i tym podobne spostrzeżenia posłużyły do tego, aby wątrobie nadać znaczenie biologicznego sączka, rozdzielającego narząd trawienia, z jego odrębnym układem naczyniowym żyły wrotnej, od reszty ciała i od układu naczyniowego głównego, żeby jej przypisywać zdolność zatrzymywania, w części także niszczenia połączeń szkodliwych, trujących. Niesprawność wątroby jest według owych zapatrywań jednym z najważniejszych czynników przy powstawaniu zatruć samotwórnych. Znalazły one wyraz także w medycynie klinicznej przez stworzenie pojęcia obrzęku wątroby z niestrawności (*tumor hepatis dyspepticus*), przyjętego prawie powszechnie przez francuskich i angielskich lekarzy.

Że wątroba jest narządem do życia niezbędnym, że w jej miąższu odbywają się nader ważne sprawy fizyologiczne, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Ale nie odejmiemy jej bynajmeiej tego wielkiego znaczenia, jeśli podniesiemy, że wymiana materyi nie kończy się w wątrobie, że toczy się w całym ustroju, że każdy narząd, każda komórka bierze w niej udział i to tak dobrze przez sprawę przyswajania i budowania, tworzenia samej siebie, jak i przez sprawę burzenia, przez rozkładanie białka komórkowego, spalanie rozkruchów rozłożonych drobin aż do ostatecznych granic wymiany biologiczno-chemicznej. Praca ta odbywać się może zresztą nawet z zupełnem pominięciem przewodu pokarmowego, jak o tem świadczą doświadczenia z śródżylnemi wstrzykiwaniami rozczynów białka.

Ostatnie czasy przyniosły nadto bezpośrednie dowody na to, że rolę wątroby, jako wyłącznego niemal narządu odtruwającego, przeceniano. Ze stanowiska czysto klinicznego wskazać tu można na zachowanie się ustroju po operacyi Talmy, po której nie spostrzegano bynajmniej objawów samozatrucia. A rękoczyn ten ma właśnie na celu skierowanie krwi żylnej z naczyń jamy brzusznej wprost do żyły głównej dolnej. Doświadczenia Popielskiego z wyciągiem, otrzymanym z jelit, dowiodły, że znajdują się w nim ciała trujące, a dalej, że te same ciała otrzymać można z innych narządów. A więc albo z jelit dostały się mimo wątroby do głównego obiegu krwi, albo powstały tam, gdzie się znajdują. Popielski oświadcza się stanowczo za tem drugiem przypuszczeniem. Falloise stwierdził nadto, że jady uzyskane z mas kałowych, działają tak samo trująco wtedy, gdy się je wstrzykuje wprost do żył obwodowych, jak i wtedy, gdy do obiegu krwi dostają się za pośrednictwem krążenia żyły wrotnej. Główną rolę w usuwaniu trucizn przypisuje tenże badacz błonie śluzowej narządu pokarmowego, przedewszystkiem jelit, opierając się na doświadczeniach, które pokazały, że wyciągi z mas kałowych, wstrzyknięte do podwiązanej pętli jelit, ulegają wessaniu i nie przynoszą szkody zwierzęciu, o ile błona śluzowa jest prawidłowa. Po uszkodzeniu jej nastąpią w tych samych warunkach objawy zatrucia.

Jeśli te szczegóły uzupełnimy naszemi wiadomościami o ciałach, w których tkwi istota uodporniania przeciw jadom zakaźnym, a o tych nie możemy żadną miarą utrzymywać, że są swoistym wytworem pewnego tylko narządu, to nabrać trzeba koniecznie przekonania, że samoobrona i wobec szkodliwych wytworów wymiany materyi musi być powszechną własnością całego ustroju, przy możliwym zresztą, a nawet bardzo prawdopodobnym i w tym także zakresie pewnym rozdziale pracy między rozmaite komórki, względnie narządy. Jak długo komórki swoim zadaniom sprostać mogą dokładnie, panuje stan zdrowia. Gdy sprawność, czy to sama przez się, czy też skutkiem niewłaściwych, za wielkich lub wprost niezwykłych zadań, nie wystarcza, powstają zaburzenia, które wywoływać mogą objawy zatrucia.

Już ze stanowiska chemicznego zwracano uwagę (Jaksch, Albu), że połączenia trujące, otrzymywane w przypadkach niektórych chorób przewlekłych, nie są właściwie ptomatynami; Jaksch żąda wyraźnie, żeby je nazywać dwuaminami, widząc w nich wytwory wymiany materyi, która nie jest zupełną. Badanie tych wytworów, leukomainów, jak brzmiała ich nazwa, nadana im przez Gautiera, stanowić będzie niewątpliwie jeden z najbardziej zajmujących tematów badań pracownianych, a wykrycie związków, które tworzą ogniwa w łańcuchu przemian biologiczno-chemicznych białka, utrwali pojęcia kliniczne o samozatruciu także zapomocą zupełnie ścisłych rozbiorów chemicznych.

Jak długo nie znamy dokładnie istoty tych ciał trujących, ani warunków, w których na ustrój wprost szkodliwie działają, trudno tworzyć zamknięte grupy chorób i szeregować przypadki samozatrucia na podstawach etyologicznych ściślejszych; kierować się można jedynie tylko zbiorem objawów klinicznych. I na razie zadowolić się właściwie trzeba raczej tylko gromadzeniem materyału, który dopiero później będzie można oświetlić także i chemiczną krytyką.

Ale i przy klinicznem ocenianiu odnośnych spostrzeżeń musimy się rządzić sądem krytycznym i mieć jakieś linie wytyczne dla tego sądu. Jeśli mówimy o samozatruciach z przewodu pokarmowego, to na ten narząd zwracać trzeba przedewszystkiem uwagę, a potem śledzić pilnie objawy ogólne, ich związek z trawieniem, wreszcie cały przebieg i zejście choroby. Tylko w ten sposób uzasadnić można etyologię przypadków, uważanych za następstwa samozatrucia, ze stanowiska klinicznego. Że przy tem zdarzać się muszą znaczne trudności i powstawać wątpliwości, które nie łatwo rozstrzygnąć, na to trzeba być z góry przygotowanym. (C. d. n.)

Z kliniki lekarskiej Prof. Dr Wal. Jaworskiego w Krakowie.

O krzywicy późnej.

Napisał

Docent Dr Erwin Mięsowicz
asystent kliniki.

(Dokończenie).

Siegert opisuje zmiękninenie kości u 16-letniego chłopaka. Choroba rozpoczęła się bolami w kończynach dolnych i upośledzeniem chodzenia. Równocześnie rozwijały się postępujące zniekształtnienia kości kończyn dolnych, kręgosłupa, mostka, obojczyków, zupełne unieruchomienie chorego. Śmierć wskutek wyniszczenia. Badanie pośmiertne stwierdziło zmiękninenie wszystkich kości prócz kości czaszki, ścieńczenie istoty korowej, zwiększenie się jamy szpikowej. Siegert rozpoznaje zmiękninenie kości, a nie krzywicę z powodu 1) zajęcia wszystkich kości z wyjątkiem kości czaszki, 2) braku przypadłości ze strony przewodu pokarmowego.

Zmiękninenie kości u 9-letniego osobnika spostrzegał Anschütz (3). W czasie 9-letniego trwania choroby ulegały rozliczne kości zmiękninieniu, zniekształtnieniu, oraz złamaniom. Nasady kości długich były znacznie zgrubiałe. Zdjęcia fotograficzne promieniami Röntgena stwierdziły znacznego stopnia odwapnienie kości. Anschütz rozpoznaje »*osteomalacia rhachitiformis*« ze względu i na śmiertelny przebieg choroby i na zgrubienia nasad kostnych.

W przypadku Saupera (4) wystąpiło u 15-letniej dziewczyny zmiękninenie i zniekształtnienie kości długich, które po dwóch latach niepomyślnego przebiegu zupełnie chorą unieruchomiło. Wymiary miednicy wynosiły wówczas: *dist. spin.* 20$^1/_2$, *dist. crist.* — 22, *conj. ext.* 16 cm., a prócz zniekształtnienia kości długich, innych zmian, w szczególności cechujących krzywicę, nie stwierdzono. Gdy znowu po 2 latach stan układu kostnego chorej pogorszył się, wycięto jajniki sposobem Fehlinga. Wynik leczniczy tego zabiegu pomyślny, gdyż bole ustąpiły, twardość kości znacznie się zwiększyła, a chora poczęła chodzić. Zmarła z powodu gruźlicy płuc w 32 roku życia, a badania pośmiertne kości miednicy stwierdziły zmiany, cechujące przebyte zmiękninenie kości.

Axhausen (5) spostrzegał u trzyletniej dziewczynki schorzenie układu kostnego, rozpoczynające się częstemi i rozlicznemi złamaniami kości. W dalszym przebiegu choroby rozwinęły się rozległe mięknienia i zniekształtnienia kości kończyn, kręgosłupa i klatki piersiowej, bez objawów krzywiczych. Zdjęcia fotograficzne promieniami Röntgena z rozlicznych miejsc kości stwierdzają znaczne rozrzedzenie substancyi kostnej. Z powodu braku zaburzeń w zakresie przewodu pokarmowego, braku zaburzeń w uzębieniu, braku zgrubień nasad kości długich i z powodu długotrwałego a niepomyślnego przebiegu choroby rozpoznaje Axhausen *osteomalacia infantilis*.

Z porównania objawów spostrzeganych w przytoczonych przypadkach chorobowych, z objawami, cechującymi nasz przypadek wynika, że do obrazu chorobowego, przez nas opisanego nie da się zastosować rozpoznanie *osteomalacia infantilis*.

Przeciw takiemu rozpoznaniu poważnie przemawiają: zgrubienie nasad kości kończyn dolnych i górnych, zmiany w wymiarach miednicy, zaburzenia w zakresie przewodu pokarmowego, wynik leczniczy i pomyślny przebieg cierpienia, w końcu, co najważniejsza, zdjęcia z układu kostnego, dokonane zapomocą promieni Röntgena.

Pozostaje zatem tylko, co do naszego przypadku, omówić jeszcze drugą ogólną chorobę, dotyczącą kośćca, t. j. krzywicę.

Zwykła jej postać, występująca w pierwszych latach życia, nie może tu jednak wchodzić w rachubę. Zastanowić się jednak należy nad inną, a niezwykłą postacią krzywicy t. zw. krzywicą późną *(rhachitis tarda)*.

Istnienie krzywicy późnej, jako stwierdzonego obrazu chorobowego, do niedawna albo było podawane w wątpliwość, albo było wprost zaprzeczane, albo w końcu uważane za wielką rzadkość.

Dla wyjaśnienia sprawy krzywicy późnej i dla utwierdzenia rozpoznania w przypadku, przez nas opisanym, przytaczam odnoszące się do tego dane ze skąpego piśmiennictwa, omawiającego ten przedmiot.

W podręcznikach chorób dzieci spotykamy bardzo niewiele wiadomości o krzywicy późnej.

Meissner (6) pisze, że spostrzegał u chłopców 11- i 15-letniego bardzo silnie rozwiniętą krzywicę. Obaj nie mogli chodzić, a u jednego występowały złamania kości długich.

Rehn (7) oświadcza: »Nie spostrzegałem nigdy krzywicy po trzecim roku życia. Uważam za wielką rzadkość przypadki, występujące w późniejszych latach«.

W podręczniku Henocha (8) spotykamy następujące orzeczenie: »Nie widziałem nigdy, aby choroba ta rozwijała się później, niż z początkiem drugiego roku życia; prawie we wszystkich przypadkach, które później dostaję do leczenia, trwa ona od dłuższego czasu, spostrzeżona jednak została przez rodziców dopiero wtedy, gdy dzieci w odpowiednim czasie stać lub chodzić jeszcze nie mogły. Przypadku krzywicy późnej, w rozumieniu Kassowitza, przypadku, któryby był analogicznym do kiły późnej, dotąd nie spostrzegałem«. Vierordt (l. c.) wyraża się w swej monografii w zbiorze Nothnagla w następujący sposób: »Podobnie jak z krzywicą płodową ma się też sprawa z krzywicą późną. Opisano pod tą nazwą zmiany kośćca podobne do krzywiczych, które spostrzegano po 5. roku życia lub po okresie dojrzewania, a nawet skończonego rozrostu kości (Portal, Clutton, Kassowitz). Portal, a później Lukas podawali jako przyczynę tego cierpienia samogwałt. Wstrzymuję się z wydaniem orzeczenia, czy istnieje krzywica późna, gdyż nie posiadam własnych spostrzeżeń. Sprawa jednak dotąd jest wątpliwą«.

Podobnie jak Vierordt wyraża się także Seifert (9): »Jak w krzywicy płodowej, chodzi i w krzywicy późnej tylko o zmiany, podobne do krzywiczych. W istocie są one zapewne odmienne od krzywiczych«.

Monti (10) nie wierzy w istnienie krzywicy późnej. »Dopóki nie zostanie udowodnionym ten sam obraz histologiczny w »krzywicy późnej« i w »krzywicy zwykłej«, nie uznaję tej choroby«.

Tyle wiadomości o krzywicy późnej podają podręczniki chorób dzieci.

Nieco więcej o tej chorobie napotykamy w opisach kazuistycznych, porozrzucanych w piśmiennictwie. Dawniej-

sze opisy zawarte w rozprawach Portala (11), Stiebla (12) i Trousseau (13) są dwuznaczne. Mieszano w nich pojęcie zmięknienia kości z krzywicą późną lub też (Trousseau) uważano zmięknienie kości za krzywicę wieku późniejszego.

Pojęcie kliniczne krzywicy późnej stworzył i ściślej opisał Ollier (14) pod nazwą *Rhachitisme tardif*. Przypadki te dzielił na 2 grupy. Jedna obejmowała przypadki, w których choroba po raz pierwszy występowała w wieku młodzieńczym, druga przypadki, w których choroba rozpoczęła się w wieku dziecięcym, następnie pozornie zupełnie wygasła, a w wieku młodzieńczym powtórnie się rozwinęła. Przypadki, należące do grupy pierwszej, uważał za rzadsze, a za cechę ich podawał, prócz rozwoju w okresie wieku młodzieńczego, wszystkie główne objawy krzywicy wieku dziecięcego.

Deydier (l. c.) dodał do grupy pierwszej podziału Olliera jeszcze nowy podział, a mianowicie: 1) na przypadki ogólne, obejmujące cały kościec i 2) na przypadki z siedzibą zmian w pewnych tylko częściach kośćca. Przypadki, należące do tej drugiej grupy są częstsze i obejmują boczne skrzywienia kręgosłupa wieku młodzieńczego i niektóre rodzaje kolana koślawego i szpotawego.

Do obrazu krzywicy późnej w znaczeniu pierwszej grupy podziału Olliera, nie można zatem zaliczać przypadków krzywicy, które rozpoczęły się w wieku dziecięcym, a przewlekały się ze wszystkimi objawami krzywicy do okresu dojrzałości. Podnoszą to również Clutton (15) i Roos (16), których spostrzeżenia poniżej przytoczymy. Zdaniem Roosa do przewlekłej, a nie do późnej postaci krzywicy należy zatem zapewne zaliczyć przypadek opisany przez Kassowitza (17), w którym dziecko, zawsze przedtem zdrowe, przestało chodzić w 17. miesiącu życia. Badanie, dokonane w 10. roku życia stwierdziło: długość ciała 79 cm. (prawidłowo 124). Wszystkie kości zniekształtnione, nasady zgrubiałe. W tym czasie wypadły również zęby mleczne, nowe uzębienie jednakowoż nie ukazało się. Po kilku tygodniach leczenia fosforem dziecko poczęło chodzić, a po 2 miesiącach ukazały się zęby sieczne. Także i w przypadkach Lukasa, Clutton (l. c.) nie może na pewno rozpoznać krzywicy późnej. (Podług Roosa).

Przypadki rzeczywistej krzywicy późnej są bardzo rzadkie, a w piśmiennictwie spotykamy zaledwie kilka pewnych opisów tego cierpienia.

Dawtrey Drewitt (18) przedstawiał w Londynie przypadek krzywicy późnej, dotyczący 11-letniego chłopaka. Chłopak ten, zawsze przedtem zdrów, począł w 9. r. życia doznawać bólów w kończynach dolnych, a matka zauważyła równocześnie zniekształtnienie tych kończyn. W 11. roku życia kości kończyn były znacznie zniekształtnione, nasady ich zgrubiałe, przyczepy żeber różańcowato zgrubiałe. Chory nie mógł wcale chodzić. Po leczeniu przez podawanie jodku potasu poprawa. Mimo wyniku leczenia tym środkiem nie rozpoznano cierpienia na tle kiłowem, lecz cierpienie identyczne z krzywicą późną. Rozpoznanie to zostało potwierdzone badaniem anatomicznem. Chłopak zmarł bowiem po 2 latach, a w kościach znaleziono zmiany, odpowiadające krzywicy.

Podobne 2 przypadki, lecz o znacznie lżejszym przebiegu, gdyż zmiany dotyczyły głównie zgrubień nasad kości długich, a zniekształtnienia były nieznaczne, opisuje Clutton (l. c.).

Maseven (19) spostrzegał rozwój krzywicy późnej po przebytej płonicy u 15-letniego chłopca. Choroba rozpoczęła się ogólnem osłabieniem, obfitymi potami głowy i szyi, bolami w kończynach dolnych. W 6 miesiącu trwania choroby miał chory powyginane kończyny dolne i zgrubiałe nasady kości długich.

W piśmiennictwie niemieckiem opisane są dokładnie 4 przypadki krzywicy późnej, cenne z tego powodu, że przytoczono w nich opisy zdjęć rentgenograficznych ze zmian w kościach. Przytaczam je w streszczeniu.

Curschman (20) opisał przypadek krzywicy późnej u 14-letniej dziewczyny. Choroba rozpoczęła się upośledzeniem wzrostu i nieznacznymi bolami w kostkach. Po trzech latach wystąpiły bole w kościach kończyn tak znaczne, że upośledziły możność chodzenia. Nasady zaś kości kończyn, przyczepy żeber do chrząstek żebrowych, uległy znacznemu zgrubieniu. Kości długie, szczególnie kończyn dolnych, wygięły się znacznie. Miednica przybrała kształt miednicy krzywiczej płaskiej. Czaszka i zęby nie uległy zmianom. W zdjęciach rentgenograficznych widać szerokie pasy substancyi chrząstkowej w miejscu granicy nasad i trzonów kości długich. Trzymiesięczne leczenie przez podawanie fosforu i tranu wywołało znaczną poprawę w stanie układu kostnego. Z powodu przeważnego usadowienia się sprawy chorobowej w kościach kończyn i w nasadach tych kończyn, z powodu obrazu, uzyskanego promieniami Röntgena, z powodu pomyślnego przebiegu rozpoznał Curschmann krzywicę późną, a wyłączył zmięknienie kości.

Podobny przypadek szczegółowo przytacza Roos (l. c.). Dziewczynka, zawsze przedtem zdrowa, przestała z powodu bolów w kończynach dolnych w 13. roku życia chodzić. Równocześnie wystąpiły zniekształtnienia kości kończyn. Badanie, dokonane w 17. roku życia, stwierdza: wzrost 124 cm., zgrubienie przysad kości przedramion, wygięcie na zewnątrz kości udowych, kolana koślawe. Kości czaszki, zęby bez zmiany. Zdjęcia fotogroficzne promieniami Röntgena wykrywają kilka nadłamań (infrakcyi) w zakresie kości długich, ścieńczenie cienia kostnego istoty korowej i rozjaśnienie cienia istoty gąbczastej, brak skostnienia między trzonem, a nasadą w kościach długich. Po kilkumiesięcznem leczeniu fosforem znaczna poprawa. Roos wyłącza w przypadku tym zmięknienie kości.

Bardzo dokładnie opisuje Rath (21) przypadek krzywicy późnej. U dziewczynki 13-letniej rozwijają się w przeciągu 2 lat wśród bolów i zupełnej utraty możności chodzenia zniekształtnienie kości kończyn, zgrubienia nasad tychże kości, zgrubienia przyczepów żeber do chrząstek, skrzywienie kręgosłupa, mnogie złamania kości długich. Na zdjęciach rentgenograficznych widać wyraźne zrzednięcie substancyi kostnej, ścieńczenie istoty korowej, brak skostnienia na szerokiej przestrzeni pomiędzy nasadami a trzonami kości przedramion. Chora zażywała przez kilka miesięcy w domu fosfor, a ponowne badanie stwierdziło znaczną poprawę. Może obecnie chodzić, nie doznaje bolu. Zdjęcia rentgenograficzne stwierdzają nietylko zgęszczenie substancyi kostnej, lecz także skostnienie przestrzeni pomiędzy nasadami, a trzonami kości długich. Wobec tego Rath rozpoznaje niewątpliwą krzywicę późną.

W ostatnich miesiącach opisał Joachimsthal (22) podobny przypadek. U 17-letniego chłopca, u którego pierwsze objawy chorobowe wystąpiły już w 12. roku życiu, stwierdził on następujące zmiany: zgrubienie guzów czołowych, zgrubienie przyczepów chrząstkowych żeber, zgrubienie nasad kości kończyn, wygięcie kości udowych i goleni, kolana koślawe i śródstopie szpotawe. Zdjęcia rentgenograficzne stwierdziły: zrzednięcie substancyi kostnej, pas istoty chrząstkowej pomiędzy nasadami a trzonami kości przedramienia, zniekształtnienie kości długich. Leczenie fosforowe dało wynik pomyślny. Chory począł chodzić, a kości stwardniały. Obraz rentgenograficzny stwierdził zgęszczenie kości i skostnienie chrząstek na granicy przysadek.

Dla uzupełnienia piśmiennictwa o krzywicy późnej nie można pominąć prac chirurgicznych. Wielu chirurgów uważa krzywicę późną za przyczynę rozmaitych miejscowych schorzeń kości, występujących w wieku młodocianym.

Thiersch (23) miał sposobność zbadać staw kolanowy u dziewczyny 17-letniej, mającej kolana koślawe, a zmarłej na chorobę wewnętrzną. W chrząstce nasadowej stwierdzono w tym przypadku nieregularne bujanie, właściwe krzywicy.

Billroth i Winiwarter (24) piszą o zmianach kostnych, występujących w wieku młodocianym, a nie różniących się od zmian krzywiczych. Zmiany te są często przyczyną powstawania stopy płaskiej, kolan koślawych i t. d.

Rozstrzygającemi w tej sprawie są badania Mikulicza (25) nad t. zw. *idiophaticum genu valgum adolescentium*. Stwierdził on badaniami anatomo-histologicznemi, że chrząstka nasadowa w dolnej części kości udowej w przypadkach wspomnianej choroby stawu kolanowego jest znacznie rozszerzona i ulega zmianom mikroskopowym, analogicznym do zmian krzywiczych. Popiera to zapatrywanie jeszcze stwierdzeniem u tych samych osobników zgrubień w zakresie nasad kości kończyn i przyczepów żeber. Nadto przytacza kilka przypadków, spostrzeganych za życia, w których między 14. a 18. rokiem życia, prócz wspomnianej choroby stawu kolanowego, rozwinęły się także inne zmiany krzywicze.

Również Albert (26) i Maceven (l. c.) wypowiadają przypuszczenie, że przyczyną stopy płaskiej i innych powyżej wspomnianych miejscowych zmian kośćca w wieku młodzieńczym może być krzywica późna lub jakaś do niej bardzo podobna sprawa chorobowa.

Karewski (27) zgadza się w swym podręczniku na zapatrywanie Mikulicza.

Hoffa (28) zaś nie zupełnie jest przekonany badaniami Mikulicza i wyraża zdanie, że należałoby je ponownie przeprowadzić.

Z przytoczonych zatem dotąd danych, opartych na zebranem przez nas piśmiennictwie wynika niewątpliwie, że pojęcie kliniczne krzywicy późnej, jako jednostki chorobowej, oznaczającej ogólne schorzenie kośćca, jest zupełnie usprawiedliwione.

Nadto przemawiają za możliwością istnienia krzywicy późnej także postacie krzywicy przewlekłej, w których choroba ta, od lat dziecięcych począwszy, utrzymywała się poza 10. rok życia. Przypadki takie są bowiem dowodem, że i poza 10. rokiem życia znajdują się w ustroju warunki, które umożliwiają rozwój tej choroby.

W końcu i występowanie przypadków krzywicy późnej w wieku bliskim okresu dojrzewania może poniekąd służyć za podstawę do tłómaczenia rozwoju tej choroby. Właśnie w tym czasie bowiem układ kostny ponownie szybciej rośnie, a sprawa kostnienia w nasadach przebiega w sposób wzmożony, przez co powstają stosunki, podobne do stosunków, napotykanych w układzie kostnym w pierwszych latach życia.

Z zestawienia i porównania objawów chorobowych, opisanych w znanych z piśmiennictwa spostrzeżeniach krzywicy późnej, z objawami, stwierdzonymi w naszym przypadku, niewątpliwie wynika, że rozpoznanie krzywicy późnej w spostrzeganym i przytoczonym przez nas przypadku opiera się na słusznych podstawach.

Dokładniejszy przegląd przytoczonych przez nas przypadków krzywicy późnej doprowadza do spostrzeżenia, że w chorobie tej stale napotykamy szereg objawów, których obecność pozwala na stanowcze rozpoznanie.

Jako objawy takie wymienić należy:

Rozwój choroby po 10. roku życia, z wyłączeniem przebywania krzywicy w pierwszych dwóch lub trzech latach życia.

Zniekształtnienie kości długich kończyn, połączone ze znacznem zgrubieniem nasad tych kości.

Pomyślny przebieg cierpienia, oraz korzystny wpływ leczenia.

W końcu, znamienny obraz fotograficzny, uzyskany zapomocą prześwietlenia promieniami Röntgena.

Aby nie pominąć milczeniem badania histologicznego zmian krzywiczych, jako czynnika rozpoznawczego, w krótkości nadmieniam, że odróżnienie zmian krzywiczych od zmian, napotykanych w zmięknieniu kości, na podstawie obrazu histologicznego jest zdaniem Rindfleischa, Pommera, Hanaua, Zieglera (29) często bardzo niepewne.

W końcu wspomnieć muszę o wolu, który miała nasza chora.

Istnienie wola przy równoczesnych objawach krzywicy mogło być przypadkowe. Nadmienić jednakowoż należy, że Levrat (30) opisał w 10. przypadkach u dzieci w wieku od 10. do 15. lat miejscowe zmiany krzywicze, powikłane równocześnie obecnością wola. Wypowiada z tego powodu zdanie, że możliwy jest związek przyczynowy pomiędzy krzywicą, a wytworzeniem się wola.

Co do znaczenia wola w naszym przypadku nie możemy nic pewnego powiedzieć. Wprawdzie podawanie przetworów gruczołu tarczowego zdawało się działać korzystnie, jednakowoż niepewnemby było wysnuwać z tego jakiekolwiek wnioski. Nie możemy atoli również objawu tego pominąć milczeniem wobec wyników najnowszych badań nad wydzielaniem wewnętrznem (Hoffmann 31). Badania te bowiem nietylko stwierdzają antagonistyczne lub też wzajemnie zastępcze działanie gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, lecz wskazują także na związek pomiędzy wydzielaniem niektórych z tych gruczołów, a rozwojem kośćca.

Piśmiennictwo. 1) Vierordt: Nothnagels Specielle Patol. u. Ther. T. 7. — 2) Siegert: Über typische Osteomalacie im Kindesalter. Münch. med. Woch. 1898. — 3) Anschütz: Über einige seltene Formen der Knochenatrophie und der Osteomalacie. Mitteil. aus d. Grenzgeb. der Med. und Chir. T. 9. — 4) Sauper: Studie über Osteomalacie. Fortschr. auf d. Gebiete der Röntgenstr. T. 5. — 5) Axhausen: Zur Frage der Osteomalacie im Kindesalter. Gedenkschrift f. Leuthold. — 6) Meissner: Die Kinderkrankheiten. T. 3. 1878. — 7) Gerhardt: Handbuch der Kinderkrankheiten. T. 3. 1878. — 8) Henoch: Vorlesungen über Kinderkrankheiten 1887. — 9) C. Gerhardt: Lehrbuch der Kin-

derkrankheiten. Bearb. von Seifert. 1897. — 10) Monti: Kinderheilkunde. T. 2. 1901. — 11) Portal: Beobachtungen über die Natur der Rachitis. Leipzig 1798. — 12) Stiebel: Rhachitis. Erlangen. 1863. Handb. d. spez. Path. u. Ther. von Virchow, Vogel u. Stiebel. T. 1. — 13) Trousseau: Med. Klinik des Hotel-Dieu in Paris. Deutsch von Niemayer. 1868. — 14) Deydier: Rhachitisme tardif. Thèse de Lyon. 1895. Série I. 1077. — 15) Clutton: Saint Thomas Hospitale reports. New series vol. 14. 1886. — 16) Roos: Über späte Rhachitis. Zeitsch. f. klin. Med. T. 48. — 17) Kassowitz: Allg. Wien. med. Zeits. 30 Jahrg. 1885. — 18) Davtrey Drevit: Transactions of the Patol. Soc. of London 1881 (podług Roosa). — 19) Maceven: Die Osteotomie. Deutsch von Wittelshöfer. Stuttgart 1881. — 20) Curschmann: Über Rhachitis tarda. Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 9. — 21) Rath: Ein Fall von Spätrhachitis. Zeits. f. orthop. Chir. T. 18. — 22) Joachimsthal: Eine ungewöhnliche Form von Knochenerweichung. Berl. klin. Wochens. 1907. Nr 44. — 23) Thiersch: Arch. f. klin. Chir. T. 23. — 24) Winiwarter: Allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie. 1887. — 25) Mikulicz: Arch. f. klin. Chir. von Langenbeck. T. 23. — 26) Albert: Wiener med. Presse. 1884. — 27) Karewski: Die chirurgischen Erkrankungen des Kindesalters. 1894. — 28) Hoffa: Lehrbuch der orthopedischen Chirurgie. 1898. — 29) Podług Vierordta w: Nothnagels spez. Path. u. Ther. T. VII. — 30) Levrat: Congrès Français de Chirurgie. Paris 1892. (Podług Roosa). — 31) Hoffmann: Serumuntersuchungen bei Thyreoidosen. Münch. mediz. Woch. 1908.

Oceny i sprawozdania.

Dr Józef Polak: **Wykład higieny miast z uwzględnieniem stanu zdrowotnego i potrzeb miast polskich.** Warszawa 1908. Nakładem Wydziału urządzeń zdrowotnych użyteczności publicznej przy Stowarzyszeniu techników w Warszawie. Skład główny w księgarni E. Wende i Sp. Str. 554, ze 194 rysunkami w tekście. Cena rb. 5.

Jeżeli ściśle lekarskie piśmiennictwo nasze wcale nie obfituje w dzieła oryginalne, obejmujące całość pewnego działu, to w dziale lekarsko-higienicznym można pod tym względem nazwać nasze piśmiennictwo wprost bardzo ubogiem. Tem chciwiej bierze się do ręki książkę, która i tytułem swoim i rozmiarami zapowiada się jako dzieło wyczerpujące, a nakreślona jest w całej Polsce dobrze znanem piórem jednego z najwytrawniejszych znawców przedmiotu i najzasłużeńszych działaczy na polu higieny.

Zadanie autora do łatwych nie należało. Oprócz bowiem wskazówek, jak rozwiązywane bywają dziś najważniejsze zadania higieny miast, postanowił autor ile możności przedstawić obecny stan higieny miejskiej u nas, materyał zaś do tego rozrzucony jest w piśmiennictwie naszem bardzo, zbierać go trzeba z trudem z różnych ulotnych sprawozdań i broszur, albo i wprost odszukiwać dopiero źródła w różnych biurach i instytucyach; w niektórych sprawach brak zupełnie wszelkich uporządkowanych materyałów. Toteż nikt nie może winić autora, jeżeli w niektórych szczegółach nie zdołał o stanie sanitarnym miast polskich i o poczynionych postępach podać danych wyczerpujących. Pamiętać zresztą należy, że autor miał przedewszystkiem na oku miasta i miasteczka w Królestwie Polskiem i tem się tłómaczy, że o Galicyi nie zawiera dzieło zbyt obfitych danych, a o Poznańskiem prawie zupełnie przemilcza.

Drugą wielką trudnością, którą autor sam w przedmowie podnosi, stanowił program i obszar wykładu, ponieważ różne działy higieny publicznej ze sobą tak ściśle się splatają, że rozgraniczyć je można tylko do pewnego stopnia. Stąd poszło, że zadania higieniczne miast, wkraczające w zakres innych działów higieny publicznej, jak sprawę nadzoru nad środkami żywności, higienę mieszkań, zapobieganie chorobom zakaźnym, szkolnictwo, szpitalnictwo i t. d. opracował autor tylko jako dział dodatkowy bardzo treściwie na 50 zaledwo stronnicach, gdy inne działy zajmują dziesięćkroć więcej (500 stronnic).

Zdawałoby się jednak rzeczą korzystną, by i ów dział »dodatkowy« opracowany był obszerniej. Skoro bowiem czytelnik w innych działach znajduje wiadomości tak szczegółowe, że może z nich wysnuć wskazówki praktyczne, toć będzie wdzięczny autorowi, jeśli i tutaj, n. p. co do zakładów odkażania, nadzoru nad środkami żywności i t. p., znajdzie w podręczniku nietylko ogólne zasady, ale i dokładniejsze wytyczne, zanim zwróci się do dzieł i rozpraw specyalnych. Wszakże zadaniem książki Dra Polaka jest nietylko »obudzenie zainteresowania higieną miast w społeczeństwie«, ale i »podanie ogólnych wskazówek załatwiania spraw z dziedziny zdrowotności«. Pamiętając o tem, że chodzi tu nietylko o wielkie zbiorowiska miejskie, ale i o mniejsze miasta i miasteczka, gdzie mające dbać o higienę czynniki niezawsze mogą rozporządzać odpowiedniem piśmiennictwem, wartoby ułatwić im zadanie, gdy zechcą i w owych »dodatkowych« sprawach szukać rady przedewszystkiem w polskim podręczniku. Toteż pragnąćby należało, by ten dział książki Dra Polaka został odpowiednio rozszerzony w wydaniu następnem, którego pożytecznemu temu dziełu szczerze życzyć trzeba. Wtedy możnaby też uwzględnić szczegółowiej i zasady organizacyi służby sanitarnej miejskiej, które w wydaniu obecnem zupełnie pominięto.

Takie uzupełnienie dzieła dałoby się dokonać bez znaczniejszego zwiększenia objętości, gdyby pominąć w niem przeważną część szczegółów historycznych, zebranych wprawdzie bardzo pracowicie, niezmiernie nieraz ciekawych i wykład urozmaicających, niemniej — niekoniecznych. Bez większej szkody też możnaby zastąpić wtedy część rycin, albo podanych w nadmiarze (jak n. p. modele wychodków spłukiwanych), albo zgoła zbędnych (jak n. p. widoczki fasad szkół, pogotowia ratunkowego w Warszawie, portyerówki i domu administracyjnego rzeźni we Lwowie i t. p.), rysunkami, objaśniającymi rozdział o odkażaniu i t. p.

O ile co do zakresu dzieła Dra Polaka, uszczuplonego nadmiernie w owym ostatnim, piątym rozdziale, byłyby pożądane pewne zmiany, o tyle program i podział całej zresztą książki nazwać należy udatnym. Rzecz podzielona jest na 4 główne rozdziały. W pierwszym »O higienie miast w ogólności« zawarto ustępy: o miastach wogóle i wzroście ludności miejskiej, o dziejach zdrowotności miast (ten ustęp mógłby być znacznie treściwszy), o zdrowotności miast nowoczesnych i wpływie zabiegów higienicznych, wreszcie o zadaniach i podziale higieny miast. Rozdział drugi: »Budowa miast« zawiera ustępy, dotyczące przyrodzonych warunków miast, przepisów budowlanych, bruków, plantacyi i oświetlenia. Rozdział trzeci »Zaopatrzenie miast w wodę« przedstawia oprócz hydrologii, własności wody do picia, zanieczyszczenia i technikę zaopatrzenia miast w wodę. Czwarty rozdział: »Usuwanie nieczystości i odpadków« zajmuje się wywózką nieczystości, kanalizacyą, oczyszczaniem ulic, usuwaniem śmieci i cmentarzami. W piątym wreszcie, wspomnianym już rozdziale, ujęto wszystkie sprawy »dodatkowe«, wkraczające w zakres innych działów higieny publicznej.

Wykład jest wszędzie jasny i przystępny, szczegóły zgromadzone z wielką erudycyą. Właściwością autora jest sposób przedstawienia rzeczy poniekąd narratorski, n. p. przytaczanie kolejne prac różnych badaczy w całej ich rozciągłości z uwzględnieniem nawet ubocznych wyników, co jednakże stara się autor potem zrównoważyć zgrupowaniem szczegółów równorzędnych w pewną całość.

Język dzieła wogóle dość poprawny; razi jednak stale niewłaściwe używanie czasowników zwrotnych, n. p. »Psy *utrzymują się* przez tydzień, potem *sprzedają się*, poczęści niszczą. W tym ostatnim celu *zwabiają się* do skrzyń, do których wpuszcza się kwas węglowy« (str. 534). »Częściej *urządzają się* studnie« (str. 261) »Śmiecie *zabierają się* do wywózki wprost z mieszkań« (str. 465) i t. d. Przykry ten rusycyzm powtarza się ciągle, na każdej niemal stronnicy. Niemiłe są też niektóre usterki w zakresie słownictwa, temwięcej, że autor przeważnie umie ich uniknąć; czemuż więc nie stało się to wszędzie? W każdym zaś razie z następnego wydania zniknąć przynajmniej powinny »akwaduki«, »arki« (w znaczeniu »łuki«) i kilka jeszcze podobnych usterek. Wymieniamy je tem śmielej, że przez to nie ujmuje się w niczem wartości dzieła, a ułatwia się usunięcie tych błędów formy z następnego wydania.

Zresztą wszystkie zarzuty, jakieby książce Dra Polaka uczynić można, przeważone są wielokrotnie jej zaletami. Toteż wzbogacenie naszego piśmiennictwa pracą tej miary jest jedną z nienajmniejszych zasług jej autora, od długiego szeregu lat przodującego w naszym ruchu higienicznym pod zaborem rosyjskim niezmierną ruchliwością, rozległem doświadczeniem i gorliwą, a bardzo skuteczną pracą i pomysłową inicyatywą na wielu polach.

Słowo jeszcze o zewnętrznej szacie dzieła, wydanego pod względem typograficznym bez zarzutu. Stowarzyszeniu techników, które nie cofnęło się przed znacznym kosztem takiego wydawnictwa, należy się gorące uznanie.

Dzieło Dra Polaka, stosunkowo bardzo niedrogie (5 rubli) powinno się znaleść w rękach każdego lekarza, stykającego się z higieną miast z obowiązku lub zamiłowania. *C.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Lautier. **Nowy rodzaj skórnego odczynu tuberkulinowego u człowieka.** (*Tow. biolog.* Paryż 1908, 18. I.). L. radzi postępować w ten prosty sposób: na skórę zewnętrznej powierzchni ramienia kładzie się kawałek waty, napojony 2—3 kroplami tuberkuliny, przykrywa się go ceratką i umocowuje opaską. Po 24—48 godzinach występuje w tem miejscu u chorych na gruźlicę jako odczyn silne zaczerwienienie skóry. Odczyn ten okazał się równie pewnym, jak oczny i szczepienie skórne, a jest łatwy, dla chorych wygodny i bez niebezpieczeństw. *K.*

Fertl. **O wartości i znaczeniu odczynu ocznego z uwzględnieniem stosunków wojskowych.** (*Wiener klin. Wochs.* 1908, Nr 11). Autor badał 150 żołnierzy w szpitalu wojskowym. Z tych było 32 na pewno dotkniętych gruźlicą, bądź z wybitnymi objawami klinicznymi, bądź z prątkami Kocha w plwocinie. U tych wystąpił odczyn 27 razy (t. j. 84·3 prc.) dodatnio, a 5 razy ujemnie, chociaż u dwóch z tych ostatnich były prątki w plwocinie i charłactwo. Z pozostałych 118 było 48 podejrzanych o gruźlicę, t. j. bądź dziedzicznie obciążonych, bądź z wejrzenia lub z wyniku badania sprawiających wrażenie gruźliczych. W tej grupie wypadł odczyn 30 razy (t. j. 62·5 prc.) dodatnio, 18 razy ujemnie. U reszty (70) nie było wogóle zmian w płucach. Byli to żołnierze bądź zdrowi, bądź dotknięci innemi lekkiemi cierpieniami. W tej grupie odczyn wypadł 5 razy (t. j. 7·1 prc.) dodatnio. Między stopniem odczynu, a okresem choroby zachodzi stosunek odwrotnie proporcyonalny. Odczyn poczynał się w 3—24 godzin po zakropleniu, a kończył się w 48—72 godziny. F. sporządzał z początku sam co 4—5 dni świeży rozczyn 1 prc. starej tuberkuliny (A. T.), atoli odczyn nie bywał przy tem tak wybitny, jak przy Calmettowskiem »Tuberkulintest«. W 3 przypadkach mimo braku odczynu po pierwszem zakropleniu wystąpił on tem gwałtowniej po ponownem zakropleniu do tego samego oka w 5—21 dni później. Wogóle sądzi F., że o ile jeszcze dalsze badania potwierdzą dotychczasowe wyniki, odczyn oczny zdobędzie wybitne znaczenie rozpoznawcze. W armii nader korzystną jest rzeczą przy przepełnieniu wszystkich zakładów mieć w rękach środek, umożliwiający w 48 godzinach dość pewne stwierdzenie gruźlicy, do czego zwykle potrzeba szeregu dni lub tygodni. Objawy uboczne, występujące przy zakropleniu, są zdaniem F. nieszkodliwe. *Dr Blassberg.*

Schubert i Hartung. **W sprawie rozpoznawania gruźlicy płuc zapomocą promieni Röntgena.** (*Posiedz. Tow. lek. i przyr.* Drezno 1907, 14. XII.). S. i H. badali szczegółowo wartość rozpoznawczą promieni Röntgena przy gruźlicy płuc, robiąc także zdjęcia ze zwłok i następnie porównując obrazy na stwardnionych wyjętych płucach. Otóż przekonali się, że promienie Röntgena należy uważać za bardzo cenny środek rozpoznawczy, zwłaszcza w przypadkach rozwiniętej gruźlicy celem stwierdzenia rozległości zmian. Badanie kliniczne stwierdza bowiem zawsze znacznie mniejsze zmiany co do rozległości, niż to jest istotnie. Przy zmianach początkowych ma badanie to jedynie wtedy wartość, jeżeli da zupełnie jasne obrazy szczytów, natomiast cienie w szczytach nie dowodzą jeszcze gruźlicy. — W dyskusyi Beschorner podnosi, że już u ludzi zupełnie zdrowych często spotyka się cienie w szczytach, a zwykle prawy szczyt jest ciemniejszy, niż lewy. Bardzo cenne jest łączenie badania promieniami z tuberkuliną. Tuberkulina wskazuje, że ognisko gruźlicze istnieje, a promienie wykazują tegoż siedlisko. *Klęsk.*

E. Tomarkin. **Działanie thiocolu przy gruźlicy.** (*Rozszerzona odbitka z »Zeitschrift für Tuberculose«.* Lipsk. J. A. Barth, 1907). Doświadczenia autora miały na celu określić wartość następujących leków przeciwgruźliczych: gwajakolu, oresolu, thiocolu i styrakolu. Doświadczenia te wykonywano *in vitro* i na zwierzętach (królikach). Do prób *in vitro* użyto hodowli następujących drobnoustrojów: gronkowca złocistego, paciorkowców, prątków: duru, ropy błękitnej, Friedländera, wąglika, p. siennego i p. okrężnicy. Wyniki były następujące: Thiocol zabijał przy działaniu bezpośredniem hodowle agarowe wszystkich powyżej wymienionych bakteryi z wyjątkiem gronkowca złocistego i prątka siennego, w hodowlach żelatynowych utrudniał jedynie rozwój. Thiocol posiada zatem dość dobre działanie bakteryobójcze, choć polega ono głównie tylko na hamowaniu wzrostu bakteryi. Styrakol nie okazał własności bakteryobójczych, jedynie wątpliwą zresztą zdolność hamowania wzrostu bakteryi przy działaniu bezpośredniem. Oresol pozostał bez wpływu na drobnoustroje. Gwajakol zabijał paciorkowce, p. Friedländera i ropy błękitnej we wszystkich zgęszczeniach; p. okrężnicy, duru i gronkowce rosły jeszcze tylko w 0,5% rozczynie. Działał on również silnie bakteryobójczo przy działaniu pośredniem drogą dyfuzyi do pożywki, na którą zaszczepiono hodowle. Zwierzęta użyte do doświadczeń podzielono na 4 grupy. Pierwsza grupa: zwierzęta, których leczenie rozpoczęto zaraz w dniu zakażenia ich gruźlicą i prowadzono bez przerwy aż do śmierci zwierzęcia; druga grupa: zwierzęta, których leczenie rozpoczęto dopiero w 4 tygodnie po zakażeniu; trzecia: zwierzęta, którym na 2—3 tygodnie przed zakażeniem podawano środki przeciwgnilne; czwarta wreszcie: zwierzęta, którym środki takie zaczęto podawać na kilka tygodni przed zakażeniem i bez przerwy podawano do śmierci. Przy stosowaniu thiocolu wyniki były następujące: z pierwszej grupy na 7 badanych zwierząt 4 pozostały zdrowe, u jednego sprawa gruźlicza ograniczyła się, 2 padły na gruźlicę. Z drugiej grupy: 1 zdrowe, 1 z ograniczeniem się sprawy gruźliczej, 2 padło na gruźlicę. Z trzeciej: 6 pozostało zdrowych, u 2 sprawa uległa ograniczeniu. Z czwartej: 5 zostało zdrowych, u jednego sprawa ograniczyła się. Przy podawaniu zwierzętom gwajakolu okazało się, że mimo energicznego działania *in vitro*, działanie jego bakteryobójcze w ustroju zwierzęcia jest bardzo słabe. U zwierząt pierwszych trzech grup pozostał gwajakol bez wpływu, u czwartej grupy doprowadził, co najwyżej, do ograniczenia się sprawy chorobowej. Oresolu i styrakolu zwierzętom nie podawano. Z doświadczeń powyższych wynika, że o wartości przetworów gwajakolowych stanowi wyłącznie ich zdolność działania w ustroju zwierzęcia, a nie *in vitro*. Z jednej strony wyniki doświadczeń, z drugiej pomyślne (?) spostrzeżenia kliniczne, doprowadzają autora do wniosku, żeśmy w thiocolu zyskali doskonały (?) środek do walki z gruźlicą [1]). *Dr Wł. Kluger.*

R. Dieuzeide. **Leczenie krwiopłucia azotynem amylowym.** (*Clinique* 1908, Nr 10). Na podstawie trzechletniego doświadczenia w sanatoryum dla piersiowo chorych w Bligny poleca D. stosowanie azotynu amylowego przeciw krwotokom płucnym, jako środka działającego skutecznie i bardzo prędko. Na chusteczkę nalewa się 5—6 kropel tego leku i przykłada choremu do nosa, polecając mu głęboko oddychać przez $1\frac{1}{2}$—2 minut. W każdym razie należy usunąć chusteczkę, gdy chory zacznie uczuwać szmer lub dzwonienie w uszach. Azotyn amylowy wstrzymuje krwawienie natychmiast. Dobrze uzupełnić jest jego działanie podskórnem wstrzyknięciem morfiny. D. w ciągu trzech lat nie widział żadnych powikłań skutkiem stosowania tego leku i nie zna żadnego przeciwwskazania do jego stosowania w toku krwotoków u osób gruźliczych. Można go nawet podawać w celach zapobiegawczych, a nawet nie boi się D. oddać tego leku w rękę samym chorym lub służbie. *Stahr.*

Baer. **O zboczeniach krtani i tchawicy, w szczególności o skośnem ustawieniu więzadeł głosowych chorych na gruźlicę.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 9). B. na podstawie 22-miesięcznych szczegółowych badań krtani i więzadeł u 200 chorych w sanatoryum Turbana w Davos, opierając się na wielokrotnem badaniu u jednego i tego samego osobnika i na długotrwałej obserwacyi przy zachowaniu wszystkich możliwych ostrożności, dochodzi do przekonania, że u 27 prc. chorych istnieje skośne ustawienie więzadeł; prócz tego spostrzegał przesunięcie tchawicy na prawo lub lewo. Na I. okres gruźlicy (podziału Turbana) przypada 17 prc., na II. i III. po 32 prc. zboczeń. Wielką rolę w zboczeniach tych, polegających na skręceniu i pociąganiu tchawicy przez bliznowaciejące ogniska chorobowe, przypisuje B. tak częstym w przebiegu gruźlicy zapaleniom opłucnej. Trudno natomiast wyjaśnić sobie częstsze występowanie zboczenia od strony lewej przedniej do prawej tylnej (26 a 10). B. sądzi, że objaw ten może mieć znaczenie przy rozpoznawaniu gruźlicy ukrytej. *Dr Skórczewski.*

Sabourin. **O „niemej“ odmie piersiowej.** (*Revue de méd.* 1908, Nr 2). »Niememi« nazywa S. schorzenia narządów klatki piersiowej, które przy bezpośredniem badaniu nie są dostępne dla rozpoznania, mimo, że zazwyczaj przedstawiają całokształt przejawów, na podstawie których z łatwością i z pewnością można je rozpoznać. Takiemi są n. p. centralne zapalenia

---

[1]) Podając streszczenie powyższej broszury, zwracam umyślnie uwagę, że jest ona »rozszerzoną« odbitką pracy, drukowanej w »Zeitschrift f. Tuberkulose«. Jakkolwiek więc praca ta wyszła z uniwersyteckiego zakładu w Bernie szwajc., należy, czytając ją, pamiętać, że tego rodzaju »rozszerzone odbitki« bywają tylko fabryczną reklamą leków, a tem samem naukowa ich wartość musi budzić wątpliwość. *Przyp. sprawozdawcy.*

płuc, międzypłatowe zapalenie opłucnej i niektóre jamy śródpłatowe. Dla powstania takiej »niemej« sprawy nie wystarcza jej położenie w głębi, lecz i ognisko chore musi być oddzielone od powierzchni pewnej grubości warstwą zdrowej tkanki płucnej, źle przewodzącej głos, nie dotkniętej przekrwieniem, bez zgrubień i zrostów opłucnych. W taki sposób powstają nieme odmy piersiowe z przebicia płuc między płatami, albo na opłucnę śródpiersia lub na opłucnę przeponową. Towarzyszą im nagłe przypady ucisku narządów sąsiednich, bole miejscowe i rozpromienione, oraz zaburzenia czynnościowe nerwowe naczyń sercowych i trawienne. W czterech przypadkach autora odma pozostawała »niemą« od 36 godzin do 6 dni, aż potem istnienie jej zostało niewątpliwie stwierdzone. W dwóch innych przypadkach odma piersiowa pozostała »niemą«, więc niedostępną dla osłuchiwania, od chwili powstania aż do śmierci chorego.

Dr Blassberg.

A. Katz. **Wrzód, a rak żołądka.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 9). Autor opisuje swój przypadek, w którym można było z całą napozór pewnością na podstawie wywiadów, macalnego guza, braku HCl, krwawień podczas sondowania, wyniszczenia, rozpoznać nowotwór, a dłuższa obserwacya wykryła błąd pierwotnego rozpoznania. Pod wpływem leczenia chora zyskała znacznie na wadze, niedokrwistość jest znacznie mniejsza. Guz rzekomy był odźwiernikiem, zrośniętym z otoczeniem, brak HCl powstał jako następstwo niedokrwistości, krwawienia przy sondowaniu powstawały z wrzodu okrągłego żołądka.

Dr Skórczewski.

Plönies. **Stosunek wrzodu okrągłego i nadżerki żołądka do zaburzeń czynnościowych jelit.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 2 i 3). W obszernej pracy wskazuje P. na związek, zachodzący między wrzodem okrągłym lub nadżerką żołądka, a zatem między cierpieniami natury organicznej, a zaburzeniami w jelitach. Objawy jelitowe są zazwyczaj przyrody nerwowej, a za punkt wyjścia tych objawów należy uważać ciągłe drażnienie, jakiemu ulega całe unerwienie przewodu pokarmowego. Zazwyczaj towarzyszy organicznemu cierpieniu żołądkowemu zaparcie stolca. — Omawiając znaczenie tego towarzyszącego objawu dla ustroju w ogólności, wskazuje P. na warunki, wśród których zaparcie stolca może wywołać przepełnienie krwi produktami rozkładowymi, które stanowić mogą nieraz poważniejsze dla ustroju niebezpieczeństwo, aniżeli sam wrzód żołądka.

Schudmak.

Schmilinsky. **Zalety i wady próby rodzynkowej.** (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). Do zalet zalicza S. w pierwszym rzędzie łatwość, z jaką przez próbę rodzynkową możemy w niektórych przypadkach zmniejszonej siły ruchowej żołądka rozpoznać chorobę bez uciekania się do bardzo zawiłych i nie zawsze praktycznym lekarzom dostępnych badań chemicznych. Próba ta ma atoli swoje znaczenie dopiero wtedy, gdy sprawność mechaniczna żołądka jest tak upośledzona, że pokarmy przez bardzo długi czas zatrzymują się w żołądku, lub w przypadkach bliznowatego zwężenia odźwiernika. Jeśli zabliźnienie wrzodu okrągłego jeszcze zupełnie nie nastąpiło, może próba rodzynkowa drażnić zwężone miejsce i wywołać nawrót choroby. S. przytacza historyę chorób 2 przypadków, które potwierdzają powyższe uwagi.

Schudmak.

Wasserthal. **Znaczenie wiciowców w kale przy zaniku wydzielniczym żołądka** (*achylia gastrica*). (*Archiv f. Verdauungskr.* T. XIII., Z. 3). W. opisuje przypadek biegunki pochodzenia żołądkowego. — Badanie stolców wykryło w kale obecność wielkiej ilości rzęsistków (*trichomonas*), zaś badanie żołądka stwierdziło zupełny zanik wydzielniczy żołądka. Opierając się na całym szeregu podobnych spostrzeżeń innych autorów, dochodzi W. do wniosku, że i w jego przypadku były zmiany wydzielnicze w żołądku przyczyną biegunki, a obecność wiciowców w kale odnieść należy również do zmian w oddziaływaniu treści pokarmu. Leczenie miejscowe (stosowanie lawatyw, błękit metylenowy, tymol, jod, makowiec) było bezskuteczne, co również przemawia za pochodzeniem żołądkowem tak biegunki, jak i pojawiania się wiciowców.

Schudmak.

Ferrata i Moruzzi. **Zachowanie się połączeń fosforowych w błonie śluzowej jelit podczas głodu i po podaniu pokarmów.** (*Archiv f. Verdauungskr.*, T. XIII., Z. 3). Badania autorów, przeprowadzone na zwierzętach, wykazują, że pokarmy, zawierające sole fosforowe, wprowadzone do ustroju, wywołują zwiększenie się ilości połączeń grupy lecytynowej tak w błonie śluzowej jelit, jak i w wątrobie i krwi. W poszczególnych doświadczeniach wzrosła zawartość fosforu w ciałach lecytynowych w błonie śluzowej w trójnasób, a czasami nawet i więcej, w porównaniu do ilości fosforu u zwierząt głodzonych. — Zupełnie inaczej zachowywało się w doświadczeniach tych białko lecytynowe, którego ilość była większa u zwierząt głodzonych, aniżeli u zwierząt, którym podawano pokarmy, zawierające fosfor. — Z połączeń fosforowych organicznych uderza przedewszystkiem zachowanie się nukleoproteidów, których ilość stale wzrastała u zwierząt karmionych, a wzrost ten był największy przy podawaniu węglowodanów. Lecytyna okazała się zupełnie obojętną; — podawane równocześnie tłuszcze zdawały się dodatnio wpływać na nieznaczny wzrost lecytyny.

Schudmak.

Port. **Zakażenie mieszane w toku duru brzusznego.** (*Deutsche med. Wochs.* 1908, Nr 13). Do 38 ogłoszonych dotychczas przypadków zakażenia mieszanego przy durze brzusznym dodaje P. 4 własne spostrzeżenia, w których wyhodował z krwi prócz prątków durowych, raz dwoinkę zapalenia płuc, raz prątki okrężnicy, dwa razy gronkowca złocistego. U 2 chorych spostrzegał obfite wybroczyny podskórne i podsurowicze, u dwóch żółtaczkę. P. zwraca uwagę na częstsze, niż dotychczas przypuszczano, występowanie zakażeń mieszanych przy durze i uważa za konieczne prócz metody Drygalskiego stosowanie przy szczepieniu krwi metod szczepienia Schottmüllera (płytki agarowe z krwią) lub Castellaniego (szczepienie wstępne w bulionie), ponieważ obecność żółci przeszkadza rozwojowi gronkowców i paciorkowców, jak również i dwoinek.

Dr Skórczewski.

Hünerfauth. **Zapalenie wyrostka robaczkowego, a zaparcie stolca.** (*Therap. Runds.* 1908, Nr 8). H. dochodzi do wniosków następujących: 1) W powstawaniu zapaleń wyrostka robaczkowego mają wielkie znaczenie: jednostronne pożywienie mięsne i zaparcie stolca. 2) Stąd wynika dla lekarza zadanie ograniczenia nadmiernie mięsnej dyety i zastosowania dyety mieszanej, resp. roślinnej, przyczem jednak nie należy popadać w skrajność, ponieważ wtedy chory aniby nie chciał, ani nie mógł do zarządzeń lekarza ściśle się zastosować. 3) Zadaniem lekarza-praktyka jest rzeczywiste wyleczenie każdego przypadku zaparcia stolca; nie wolno się ograniczać do środków przeczyszczających i lawatyw, lecz trzeba koniecznie naprawdę usunąć zaparcie nawykowe. 4) W leczeniu zaparcia nawykowego nie jest leczenie zdrojowe i wodami mineralnemi wcale warunkiem koniecznym. W wielu przypadkach zupełny skutek osiągnąć można przez dyetę roślinną, lekkie wodoleczenie itd. 5) Tylko niewielka część przypadków nawykowego zaparcia stolca wymaga koniecznie systematycznego leczenia wodami i kąpielami.

Dr M. Lauterbach (Wiedeń).

P. Asch. **Cylindrurya i albuminurya.** (*Münch. med. Wochen.* 1907. Nr. 50). Autor badał doświadczalnie na 60 psach, jaki wpływ wywierają rozmaite bakterye, oraz ich wytwory na nerki. W tym celu wstrzykiwał do tętnicy nerkowej rozmaite bakterye. Zauważył przytem, że mocz tych zwierząt albo nie zawierał białka, albo też zawierał drobne jego ślady, choć w osadzie znajdowały się wałeczki rozmaitego rodzaju, a badanie histologiczne stwierdzało znaczne zmiany anatomiczne w nerkach. Z doświadczeń autora wynika, że przy każdem przypuszczeniu choroby nerkowej nie należy się zadowolnić badaniem moczu co do białka, ale należy także badać mikroskopowo osad moczu. W nowszych czasach Schwarzkopf opisał 5 przypadków zapalenia nerek, w których mocz nie zawierał białka, choć przy badaniu osadu znajdowano niekiedy wałeczki. Podobne spostrzeżenia zrobili Stewart i Bock. Przypadki, w których mimo znaczniejszych zmian anatomicznych w nerkach, nie można było w moczu znaleźć wałeczków, tłómaczy autor w następujący sposób: Zmiany, wywołane przez bakterye oraz ich wytwory, które dostały się do nerek drogą krwi, powstają w najpowierzchowniejszych warstwach substancyi nerkowej, co zależy od silnego tutaj rozwoju dróg limfatycznych, oraz od zwolnienia prądu krwi. Stąd obumarły nabłonek nerkowy oraz wytworzone tutaj wałeczki nie zostają porwane z moczem i dopiero gdy choroba rozszerzy się na te części miąższu nerkowego, które leżą bliżej miedniczek nerkowych, wtedy wałeczki dostają się do większych kanalików moczowych i odchodzą z moczem. Podobnie także białkomocz może być w związku z siedzibą choroby. Nadto na wydzielanie się białka ma wpływ to, czy choroba nerek jest sprawą zapalną, czy też polega na zwyrodnieniu miąższu nerkowego. Według A. sprawy zapalne mają wywoływać większy białkomocz; natomiast bywa on niewielki przy zwyrodnieniach miąższu nerkowego, z wyjątkiem zwyrodnienia skrobiowatego.

Dr Sermak.

Doc Pietraw i Pereszywkin. **W sprawie znaczenia rozpoznawczego próby indygo-karminowej.** (*Russkij Wracz.* 1908. Nr 4 i 5). Obszerna praca autorów składa się z 2

części: doświadczalnej i klinicznej. Do doświadczeń użyto 17 królików i 7 psów, na których zrobiono 85 oddzielnych spostrzeżeń co do wydzielania się indygo-karminu z moczem po podskórnem wstrzyknięciu rozczynów tego barwika. U wszystkich zwierząt badano nerki mikroskopowo. Na kliniczną część pracy złożyły się 43 przypadki, z których 30 tyczyło się ludzi ze zdrowemi nerkami, a 13 — z jedno- lub obustronnemi zmianami nerek. Wnioski autorów są następujące: A) Z doświadczalnej części: 1) U królików i psów prawidłowemu stanowi nerek odpowiada dosyć stały typ wydzielenia się zabarwionego moczu po podskórnem wstrzyknięciu indygokarminu (w dawce 4—8 mlgr. u królika i 30—40 mlgr. u psa). 2) Zwierzęta pozbawione jednej nerki wydzielają z drugiej (zdrowej) nerki zabarwiony mocz tak samo, jak i zwierzęta nie operowane. 3) Przy znacznych i rozlanych zmianach miąższu nerkowego (z wyjątkiem miernych stopni miąższowego zapalenia nerek) wydzielanie zabarwionego moczu jest bardzo powolne i osłabione. 4) Zwierzęta z ograniczonemi, ogniskowemi zmianami jedynej nerki wydzielają zabarwiony mocz niekiedy z opóźnieniem, niekiedy zaś mniej więcej według prawidłowego typu. 5) Po doświadczalnem uszkodzeniu jedynej nerki (n. p. przez wstrzykiwanie w nerkę wyskoku amylowego) może nerka na pewien czas stracić zdolność wydzielania indygo-karminu. Zdolność ta niekiedy powraca zupełnie, niekiedy zaś pozostaje długo obniżoną, a mimo to zwierzęta nie giną i nie chudną. Dowodzi to, że brak barwnego odczynu moczu na wprowadzenie do ustroju indygokarminu wcale nie świadczy o zupełnem zniesieniu czynności nerek. B). Z klinicznej części: 1) Wstrzykiwania czystego indygokarminu w mięśnie w ilości 40—160 mlgr. w 4—20 ctm. sz. fizyologicznego rozczynu Na Cl, znosi ustrój bez szkody. 2) Dla otrzymania lepszych wyników należy chorych badać wśród doświadczalnej oligury i, t. j. po znacznem zmniejszeniu ilości podawanych napojów. 3) Nerki prawidłowe wydzielają niebiesko zabarwiony mocz z obydwóch moczowodów już w ciągu pierwszego kwadransa po wstrzyknięciu indygokarminu. 4) Z obydwóch moczowodów w warunkach prawidłowych wydziela się mocz jednakowo często i jednakowo energicznie. 5) Chromocystoskopia daje lepsze i prawdziwsze pojęcie o typie pracy moczowodów, niż cewnikowanie moczowodów, gdyż w pierwszym przypadku moczowody pozostają w prawidłowszych warunkach. 6) Dla ścisłego zbadania czynności nerek potrzebne jest jednoczesne cewnikowanie obydwóch moczowodów w połączeniu z jedną lub nawet z kilkoma próbami czynnościowemi. 7) Chromocystoskopia oddaje wielkie usługi dla odnalezienia ujść moczowodów w przypadkach chorób pęcherza. Pozwala ona też sądzić o zwężeniu moczowodów lub o nieprawidłowym kierunku ich ujść. 8) Głębokie zmiany miąższu nerek znacznie osłabiają i opóźniają odczyn moczu (z wyjątkiem, jak się zdaje, miąższowego zapalenia nerek). 9) Przy nieznacznych zmianach miąższu czas zjawienia się i siła odczynu mogą być prawidłowe. Jednakże i tu chromocystoskopia w połączeniu z doświadczalną oliguryą może być cennym środkiem rozpoznawczym przez odkrycie nieprawidłowości w typie pracy moczowodów (osłabienie jej). 10) Próba indygokarminowa nie może zastąpić cewnikowania moczowodów w każdym przypadku. Może je ona zastąpić z dostatecznym dla lekarza-praktyka wynikiem tylko wobec prawidłowego stanu moczu i niewątpliwych zmian jednej nerki lub przy prawidłowym stanie obydwóch nerek. 11) Próba indygokarminowa w połączeniu z cewnikowaniem moczowodów lub bez niego stanowi najprostszy sposób klinicznego badania stanu nerek i moczowodów. Ma się rozumieć, że próba powinna się łączyć ze zwykłymi klinicznymi sposobami badania nerek i jest ich dopełnieniem, a w żadnym razie nie może ich zastąpić. *Z. Orłowski* (Ptbg.).

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Higieniczne kopystki (szpatułki) krajowego wyrobu. Dotychczas jeszcze używają u nas lekarze szpatułek metalowych lub szklanych do badania jamy ust. — Pomimo wyjaławiania tych szpatułek w środkach przeciwgnilnych, nie może być dla chorych rzeczą przyjemną sama myśl, że ta szpatułka znajdowała się poprzednio w ustach całego szeregu chorych i to na rozmaite choroby. — Często też przez pomyłkę może się szpatułka dostać bez odkażenia z ust do ust, narażając chorych na zakażenie. — Można temu bardzo łatwo i tanio zapobiedz, używając wyjałowionych szpatułek drewnianych. Po użyciu szpatułki drewnianej łamie się ją w oczach chorego na dowód, że ta sama nie będzie już w innych ustach. Szpatułki takie wyrabia w kraju stolarz p. Adamski (Krowodrza pod Krakowem) i rozsyła je w paczkach wyjałowionych po 50 sztuk po cenie 50 halerzy za paczkę.

Obok szpatułek wyrabia p. Adamski pręciki do wacików z wacikami i bez nich, mające służyć do pędzlowań w jamie ust, noża i t. d. Paczka wyjałowiona pręcików bez wacików, zawierająca 50 sztuk, kosztuje 25 halerzy. Paczka wyjałowiona pręcików z wacikami, zawierająca 50 sztuk, kosztuje 30 halerzy.

Ze względu na higienę, a także estetykę badania, oraz ze względu, że to wyrób krajowy, wymienione przedmioty zasługują na powszechne wprowadzenie ich w użycie. *D.*

Praktyczne lekarskie narzędzie do badania. Kretschmar poleca obmyśloną przez siebie słuchawkę (stetoskop), której część idąca do ucha jest zarazem reflektorem; w razie potrzeby słuchawka staje się wziernikiem. Nadto w części, którą przykłada się do ciała chorego, znajdują się 3 lejki uszne. *K.*

Plomby kostne. Walton radzi plombować kości zaraz po doszczętnej operacyi na jednem posiedzeniu. Wyczyszczoną jamę kostną wyciera W. czystym karbolem, potem 1 prc. rozczynem formaliny, wysusza ciepłem powietrzem i plombuje parafiną (p. topl. 120^0). Parafina okazała się znacznie lepszą od plomby Mosetig-Moorhofa. Przy całej operacyi chronić należy skrupulatnie części miękkie od zakażenia lub uszkodzenia chemikaliami. *K.*

Leczenie rwy kulszowej wstrzykiwaniami. Bumm (na Zjeździe lekarzy chorób wewnętrz. w Wiedniu) zachęcał do leczenia rwy kulszowej (pochodzenia obwodowego) wstrzykiwaniami. Leczył on w ten sposób 105 chorych, z tego u 61·6 prc. osiągnął stałe wyleczenie, a u 20·6 prc. poprawę. B. wstrzykuje około 100 ctm. fizyologicznego rozczynu soli kuchennej w nerw. Zwykle 1—3 wstrzyknięć wystarcza. Działanie jest tu czysto mechaniczne. *K.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 29. kwietnia 1908.

Przewodniczy kol. Prezes Borzęcki. Obecnych członków 29.

Kol. Prezes poświęca wspomnienie pośmiertne tragicznie zmarłemu namiestnikowi, ś. p. Andrzejowi Potockiemu; przemówienia wysłuchano stojąco. Prezes podaje do wiadomości, że z powodu 50-letniego jubileuszu Wydziału lekarskiego Tow. przyjaciół nauk w Poznaniu wyjechał wraz z kilku kolegami z Krakowa na Walne Zgromadzenie Wydziału w Poznaniu i imieniem Towarzystwa lek. krak. złożył życzenia dalszego rozwoju w pomyślnych i owocnych warunkach. Serdeczne i pełne gościnności przyjęcie przez kolegów poznańskich zostawiło jak najmilsze wspomnienie, a odniesione wrażenia powinny być zachętą, byśmy w miarę możności częściej odwiedzali Poznań.

1) Kol. Gliński przedstawił i omówił: *a)* Okaz **ciała obcego w tchawicy** (P. S. 258 1908), pochodzący ze zwłok 4-letniego chłopca, który na tydzień przed śmiercią miał się zachłysnąć. Rodzina dziecka nie zasięgała początkowo zupełnie porady lekarskiej, dopiero po tygodniu przyprowadzono dziecko do szpitala św. Ludwika, gdzie w parę godzin dziecko nagle zmarło wśród objawów duszenia się. Badanie pośmiertne stwierdziło obecność dużego ziarna fasoli, częściowo wklinowanego w prawe oskrzele i całkowicie je zatykającego, częściowo wysterczającego do światła tchawicy ponad lewem oskrzelem i znacznie je zwężającego. Obok tego stwierdzono już dość rozległe obustronne ogniskowe ropne zapalenie płuc i włóknikowe zapalenie opłucnej prawej. Bezpośrednią przyczyną śmierci było uduszenie się skutkiem nagłego zatkania oskrzeli przesuniętą z innego miejsca fasolą.

b) **Żołądek i jelita** ze zwłok 41-letniego mężczyzny, zmarłego na **wąglik** (P. S. 307 1908). Mężczyzna ten, rolnik z zawodu, gdy padła mu krowa, obdarł ją ze skóry i prawdopodobnie spożywał jej mięso. Po 6 dniach na prawem ramieniu wystąpiły charakterystyczne zmiany w postaci krosty wąglikowej, co skłoniło chorego do zwrócenia się na oddział zakaźny szpitala św. Łazarza. Przy odpowiedniem postępowaniu leczniczem

chory czuł się lepiej, po kilku dniach zmarł jednak dość niespodziewanie. Przez cały czas pobytu w szpitalu nie było żadnych objawów ze strony przewodu pokarmowego. Badanie pośmiertne obok zmian na ramieniu stwierdziło bardzo liczne zupełnie typowe zmiany wąglikowe w ścianie żołądka i w całem jelicie czczem, obok cech bardzo ostrego krwotocznego zapalenia licznych gruczołów krezkowych i rozległych wylewów krwi w krezce. Przypadek ten, poza względną obecnie rzadkością tej sprawy chorobowej u człowieka, godzien jest uwagi ze względu na brak objawów klinicznych ze strony przewodu pokarmowego mimo istnienia w nim około 30 ognisk wąglikowych.

c) Żołądek **z wrzodem trawiennym** ze zwłok 49-letniej kobiety (P. S. 335 1908). Kobieta ta, chora od dłuższego czasu, dopiero na krótki czas przed śmiercią, bardzo już wynędzniała, zgłosiła się do szpitala św. Łazarza, gdzie wkrótce zmarła i gdzie przypuszczano nowotwór żołądka. Badanie pośmiertne stwierdziło rozległy, oddawna istniejący wrzód trawienny, mniej więcej w połowie długości krzywizny wielkiej, dość znacznie klepsydrowato zwężający żołądek. W sąsiedztwie tego wrzodu istniały ścisłe zrosty z otoczeniem, zwłaszcza pomiędzy żołądkiem, a okrężnicą. Wrzód ten w 2 miejscach przebił do okrężnicy, dzięki czemu utworzyło się w 3 miejscach szerokie połączenie żołądka z okrężnicą (*gastro-entero-anastomosis*) i treść żołądkowa mimo znacznego przewężenia żołądka mogła swobodnie odpływać do okrężnicy. Mimo jednak, że natura w tym przypadku do pewnego stopnia zastąpiła nóż chirurga, pomyliła się jednak w wyborze odpowiedniego odcinka jelit, wskutek czego z powodu pominięcia jelit cienkich trawienie w tym przypadku było znacznie upośledzone, wywołane zaś tem olbrzymie wyniszczenie ustroju i znaczna niedokrwistość (częściowo także prawdopodobnie w związku z krwotokami) stały się ostateczną przyczyną śmierci.

d) Okaz **mięśniaka pozaotrzewnego** (*leiomyoma*) z bardzo licznymi przerzutami w najrozmaitszych narządach (P. S. 273 1908). (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Korolewicz mówił: **O dyspensatoryach dla chorych gruźliczych.** Do dyspensatoryum, otwartego w październiku 1907 r. przy klinice lekarskiej U. J. zgłosiło się w czasie od 14. X. 1907 do 14. IV. 1908, a więc przez $^1/_2$ roku, 331 osób ze zmianami gruźliczemi, z czego 178 kobiet i 153 mężczyzn na ogólną liczbę 2077 chorych ambulatoryjnych. Chorych pouczano o etyologii gruźlicy, o jej zaraźliwości, rozdawano im osobne drukowane przepisy zachowania się w domu, wydawano w miarę możności leki i kontrolowano przebieg choroby przynajmniej raz na miesiąc. W lżejszych przypadkach stosował prelegent **wstrzykiwania tuberkuliny w celach leczniczych.** Wstrzykiwał rozmaitego rodzaju tuberkulinę, a mianowicie: starą tuberkulinę Kocha (T. A.), nową tuberkulinę (T. R.), tuberkulinę perliczą (P. T. O.) według Spenglera, zawiesinę (Bacillen-Emulsion) i tuberkulol Landmanna, a w ostatnich czasach Scheringa »Tebean«. Sprawozdanie i wyniki ogłoszone będą po skończeniu roku. — Następnie przedstawił prelegent chorego, u którego stosował przez $^1/_2$ roku wstrzykiwania tuberkuliny starej Kocha. Zaczęto wstrzykiwania od $^1/_{100}$ mg. Obecnie chory znosi bez żadnych objawów 0·5 gr. W czasie leczenia stan chorego uległ znacznej poprawie. Prątki z plwociny znikły, rzężenia i wzniesienia wieczorne ciepłoty ustąpiły, kaszel się zmniejszył, chory przybiera na wadze i czuje się podmiotowo bardzo dobrze. Przez cały czas leczenia chory (stolarz) oddawał się swej pracy zawodowej.

3) Kol. Schlank miał zapowiedziany odczyt: **O zaopatrywaniu pępowiny** (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi zabierał głos kol. Gertler, który twierdził, że przyrząd Gansa byłby bardzo niekorzystny przy krwawiączce i kol. Wojciechowski, który zapytuje prelegenta, czy nieznane są mu statystyki innych klinik co do zaopatrywania pępowiny w inny sposób, i który wyraża zdanie, że dobre kleszczyki Péana są lepsze od przyrządu Gansa.

Sekretarz: *Dr Cetnarowski.*

Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu.

II. Ogólne posiedzenie z dnia 21. marca (3. kwietnia) 1908.

Obecnych członków 55 i gości 19. Przewodniczy prezes prof. Zaleski.

Protokół z posiedzenia poprzedniego przyjęto.

I. Prezes prof. Zaleski otwarł posiedzenie następującem przemówieniem:

»Z plejady mężów wielce zasłużonych w zakresie wiedzy stosowanej, z twórców nowych kierunków w swym zawodzie, z założycieli szkół, wydających cały szereg godnych mistrza uczniów, stojących na świeczniku, po śmierci nieodżałowanej pamięci Marcelego Nenckiego pozostał nam tylko jeden, a i ten już dziś nie żyje«!

»W osobie Jana Mierzejewskiego straciliśmy nietylko głośnego na cały świat i pierwszorzędnego psychiatrę-neuropatologa, lecz i jednego z naszych najwybitniejszych uczonych z nad Newy, który zdołał wzbić się na wyżyny, dla innych niedostępne, tworzył wraz z Balińskim tu, w Rosyi, nową gałąź wiedzy, przedtem mało znaną, przodował zawsze i wszędzie całemu szeregowi pokoleń swoich współzawodników, nie przestając nigdy być Polakiem czystej i niezamąconej wody, a jako lekarz-filantrop był wzorem, dla wszystkich zrozumiałym, dla niewielu dościgłym, stanowiąc chlubę i ozdobę nietylko naszego młodego »Związku«, lecz i wiedzy lekarskiej, tej, co na rodzinnej naszej glebie zrodzona, rzuca swe promienne, a dobroczynne światło na daleką obczyznę«.

»Oto czem był ś. p. Jan Mierzejewski, najznakomitszy z naszych członków spółczesnych! Spuścizna Jego imienia jest wielką, niezatartą i nieskazitelną. Nie mniejszy i dorobek naukowy, jaki po sobie pozostawia. A co zrobił dla cierpiącej ludzkości i dla dobroczynności publicznej i prywatnej, ten tylko pojąć zdoła, kto wie, jakie jest położenie obłąkanych obecnie i jakie było lat temu jeszcze kilka dziesiątków. To też imię Mierzejewskiego przeszło do historyi rozwoju psychiatryi wogóle, a w Rosyi — w szczególności«.

»Szczegółowy, a wyczerpujący zarys naukowej, społecznej i obywatelskiej działalności tego męża niespożytych zasług przedstawi jeden z najwybitniejszych i najgodniejszych Jego uczniów i następców, a naszych współkolegów, obecny Nestor tutejszych psychiatrów, prof. Dr Otton Czeczott«.

»Zaznaczając ogrom niepowetowanej straty, jaką poniosła nauka, społeczeństwo, ludzkość i nasz »Związek« w osobie ś. p. Jana Mierzejewskiego, wyraźmy przedewszystkiem swe współczucie i współubolewanie wdowie, która zaszczyciła obecne nasze zebranie swą obecnością, powitajmy Ją jednomyślnie i uczcijmy pamięć zmarłego przez powstanie«.

»Cześć niechaj będzie i sława Jego imieniu i popiołom«!

II. Prof. Dr Czeczott wygłosił rzecz pod tyt.: »Zarys działalności naukowo-społecznej i obywatelskiej ś. p. prof. Dra Jana Mierzejewskiego«. (Rzecz przeznaczona do druku w »Nowinach lekarskich« w Poznaniu).

Prezes w imieniu »Związku« składa mówcy gorące podziękowanie za wyczerpującą charakterystykę zmarłego i na znak głębokiego żalu wzywa obecnych, by uczcić pamięć zmarłego przez powstanie.

III. Jenerał inż. wojskowy Eug. Kątkowski wygłosił rzecz pod tyt.: **Znaczenie badań mikrobiologicznych dla charakterystyki wody.**

IV. Część administracyjna. 1) Prezes zawiadamia. iż dzięki staraniom Dra Zakrzewskiego ma się odbyć 30, marca st. st. na rzecz szpitala polskiego koncert opery włoskiej; spodziewany zysk, sięgający 1000 rsr., będzie przelany do funduszu budowy szpitala. 2) Prezes podaje do wiadomości, iż odbyło się organizacyjne posiedzenie komitetu szpitalnego, na którem do zarządu wybrani zostali: wiceprezesem Dr Zakrzewski, sekretarzami: Dr Bykowski, Dr Jastrzębski i Dr W. Kozłowski, skarbnikiem: Dr Hattowski. Wybory prezesa odroczono. 3) Prof. Ziemacki prosi o poparcie przedstawienia na korzyść Macierzy. 4) Prezes podaje do wiadomości, iż na posiedzeniu prowizorycznem farmaceutów, które odbyło się przed paru dniami, zostali obrani prezesem p. Chrzanowski, kandyd. p. Leśniewska, sekret. p. Boharewicz. Wybory uznano i Wydział farmaceutyczny ogłoszono czynnym. 5) Dokonano wyborów i przyjęto w poczet członków rzeczywistych »Związku«: Drów Kolago, Poznańską, M. Orłowskiego, Hulanickiego, Zdanowicza, Władyczko, pp. Wisłoucha, Dybowskiego, Ciechowskiego, Mokrzeckiego i Ciąglińskiego. Członkami korespondentami »Związku« jednomyślnie zostali obrani: Prof. Natanson, prof. Wichkiewicz, prof. Kader, Dr Dłuski i Dr Kamocki. 6) Uchwalono, aby w dniu Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze prezes wystosował w imieniu »Związku« telegram gratulacyjny. 7) Prezes przedstawił wzór pieczęci i żetonu; wzory uchwalono.

Sekretarz: *Zdzisław Sowiński.*

Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago.

Posiedzenie w d. 28. marca 1908.

Obecnych 10 (Stupnicki, Szwajkart, Zaleski, Żurawski, Szymański, Boguszewski, Napieralski, Gierałtowski, Sas, Dobija),

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Sprawozdanie delegacyi na Wiec »Związku polskiego« z powodu inicyatywy budowy »Domu Polskiego« przyjęto i postanowiono popierać budowę moralnie i materyalnie.

2) Dr Żurawski zdaje sprawę z misyi na zebranie w sprawie urządzenia Wiecu protestacyjnego przeciwko wywłaszczeniu. — Postanowiono przypadającą na Towarzystwo kwotę wnieść w podwójnej wysokości.

3) Dr Szymański odczytuje list jednego z chorych, podany do dzienników i sprawdzony przez 2 lekarzy. List ten zawiera opis wyzyskiwania poszkodowanego przez lekarzy-szarlatanów i partaczy lekarskich. Przyjęto do wiadomości i postanowiono rozpocząć zbieranie materyałów dla walki z oszustwem, przynoszącem ujmę lekarskiemu zawodowi. W dyskusyi wyjaśniono, że ogromną winę ponoszą czasopisma polskie, drukując płatne ogłoszenia tych szarlatanów-lekarzy, którzy obiecują n. p. nawet suchoty wyleczyć w pięć dni. Stwierdzono jednak, że walka z czasopismami przechodzi siły Towarzystwa, ponieważ niema czasopisma, któreby nie umieszczało tych dobrze płatnych ogłoszeń.

4) Dr Szwajkart wnosi, by wystosować memoryał do Sejmów naszych Organizacyi z propozycyą, by dla lepszego uregulowania stosunków pomiędzy publicznością, a lekarzami, Towarzystwa powierzały badania ubezpieczających się członków lekarzom, należacym do Towarzystwa lekarzy polskich. Dr Szymański odczytuje przygotowany szkic odezwy do Towarzystw i Organizacyi.

5) Poruszono sprawę polskich położnych, praktykujących spędzanie płodu i uchwalono w tym względzie wejść w umowę z »American Medical Association«.

6) Uchwalono bojkot towarów aptecznych, wyrabianych w Prusach.

7) Przyjęto wniosek kolejnego sprawozdania z postępów medycyny na każdem posiedzeniu za czas ubiegły od ostatniego posiedzenia.

Z powodu spóźnionej pory odłożono odczyty na następne posiedzenia. Sekretarz: *Dr Jul. Szymański.*

Posiedzenie w d. 25. kwietnia 1908.

Na posiedzenie to przybył prof. W. Lutosławski i opowiedziawszy dzieje swej choroby, wywodził, jak się zapatruje na ustrój psychiczny ludzki, na wpływ ducha na ciało i materyę wogóle, oraz opisał swoją »polską metodę leczenia psychofizycznego« (polega ona na »magnetycznym« wpływie ducha na materyę, zdolnym n. p. »przemieniać wodę w skuteczne lekarstwa lub w najsilniejsze jady« dzięki »skupieniu woli«, wyrobionemu przez czworaką wstrzemięźliwość). Na zapytanie obecnych wyjaśniał prof. W., że nie uznaje praw natury i t. p. Wywody prof. W., którego charakterystyczna indywidualność budziła wielkie zaciekawienie, nie dały oczywiście powodu do żadnej dyskusyi.

Sprostowanie. W Nrze 20 »Przeglądu lekarskiego« na str. 273 wkradła się do protokołu Towarzystwa lek. krak. z d. 8. III. 1908 pomyłka w ustępie o demonstracyi Dra Kozłowskiego. Ustęp ten ma opiewać:

»Kol. M. Kozłowski zdaje sprawę ze spostrzeganego przez siebie przypadku **wyprysku twarzy i głowy skutkiem farbowania włosów** przetworem, zwanym »kafryna«.

---

37. Zjazd niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego w Berlinie 21—24 kwietnia 1908.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

1) Prof. Trendelenburg (Lipsk). **Leczenie operacyjne zatorów tętnicy płucnej.** T. zastanawia się głównie nad zatorami tętnicy płucnej przy złamaniach. Przypadki te dotyczą zwykle ludzi zdrowych, a od początku objawów do śmierci upływa zwykle 10—60 minut tak, że nieraz można przystąpić do operacyjnego usunięcia zatoru. Rozpoznanie też zwykle na czas jeszcze można postawić. Doświadczenia na zwierzętach przekonały T., że zabieg ten jest zupełnie uprawnionym. T. postępuje w sposób następujący: po otworzeniu klatki piersiowej z pomocą szerokiego skórno-żebrowego płatu rozcina worek osierdziowy, podprowadza z pomocą zagiętego haka pod tętnicę płucną rurę gumową, szybko zawiązuje ją od strony serca, nacina tętnicę, wyjmuje szczypczykami czop, potem otwór tętnicy zamyka szczypczykami, zdejmuje podwiązkę i ponad szczypczykami zakłada szew na tętnicę. Ucisk może trwać tylko do 45 sekund, dlatego też z operacyą, t. j. nacięciem i wydobyciem skrzepu i założeniem szczypczyków trzeba się bardzo spieszyć. U człowieka operował T. raz; czop wydobył. Przypadek ten skończył się śmiercią, może i dlatego, że zamiast węża gumowego użyto pasa płóciennego, który wciął się w tętnicę. Natomiast w doświadczeniach jedno zwierzę przetrzymało zabieg zupełnie dobrze, a sekcya po $^1/_4$ roku stwierdziła zupełnie dobrą bliznę w tętnicy.

2) Kümmell (Hamburg). **Skracanie czasu leczenia po operacyach w jamie brzusznej przez wczesne wstawanie.** K. poleca obecnie chorym po laparotomiach wcześnie wstawać, co skraca znacznie czas leczenia, zmniejsza częstość powikłań pooperacyjnych, zwłaszcza zakrzepów i zatorów. Już pierwszego dnia sadza K. chorych w łóżku, drugiego w fotelu, a 3. lub 5. pozwala im zrobić kilka kroków. Naturalnie można to uczynić tylko wtedy, jeżeli przy operacyi uśpienie przebiegało bez powikłań i rana goi się dobrze. Powłoki szyje K. w 4 piętrach, t. j. otrzewnę, mięśnie, powięź i skórę. Wczesne wstawanie wpływa też bardzo na pobudzenie czynności jelit i unikanie powikłań płucnych.

3) Fränkel (Wiedeń). **O pooperacyjnych zakrzepach i zatorach.** Rozróżniamy 2 gatunki pooperacyjnych zakrzepów: 1) w okolicy rany, 2) zakrzepy odległe, n. p. bardzo częste w lewej żyle udowej. Przyczyny powstawania wszelkich zakrzepów szukać należy w zakażeniu rany, chociażby ona nawet napozór goiła się doraźnie. Podobnem powikłaniem jest n. p. zapalenie gruczołu przyusznego, występujące nieraz mimo prawidłowego napozór gojenia się rany. Drobnoustroje mogą wywołać przerzutowe zakażenie w miejscu odległem, choć w ranie się nie zagnieżdżą. Dzieje się to częściej po laparotomii, bo występujące po tej operacyi porażenie żołądka i jelit ułatwia drobnoustrojom i ich jadom przejście do krwi. Zapobiegać zatem zakrzepom można najpewniej przez zachowywanie bezwzględnej czystości przy operacyach i zapobieganie porażeniu jelit. Wczesne wstawanie i t. p. nie mogą chronić wobec tego od powikłań. Operacyę Trendelenburga uważa F. za bardzo ciężką.

4. Ranzi (Wiedeń). **O pooperacyjnych powikłaniach płucnych, zwłaszcza zatorach.** W klinice Eiselsberga na 6871 operacyi wystąpiły powikłania płucne 263 razy, z tego 24 razy czyste zatory. Przed operacyą podawać należy celem skrzepienia serca digalen, używać uśpienia eterowego i skopolaminowo-morfinowego. R. nie jest za wczesnem wstawaniem chorych. Operacyę Trendelenburga trudno stosować ze względu na niepewne wskazanie i rozpoznanie, na trudność ocenienia, czy zator nie tkwi gdzieś w mniejszej gałązce, a wreszcie ze względu na możliwe nieprawidłowości, jak otwór owalny i t. p.

Dyskusya: Borelius oświadcza się za wczesnem wstawaniem, ale ostrożnie. Rehn nie odmawia operacyi Trendelenburga racyi bytu. Wczesne wstawanie nie chroni od zatorów. Lauenstein przypisuje toksynom główny wpływ na tworzenie się zakrzepów; radzi spokój po operacyach. Abel jest przeciwnikiem wczesnego wstawania, podobnie Henle i Gebele. Meinert upatruje skłonność do tworzenia się zakrzepów w zagęszczeniu krwi, poleca też chorym przed i po operacyi pić obficie wodę. Hochenegg zgadza się z Fränklem, że przyczyną zakrzepów jest zakażenie i dlatego stara się opróżniać przewód pokarmowy częstemi małemi lewatywami. Körte nie pozwala wstawać chorym przed 14. dniem. Odrzuca operacyę Trendelenburga, bo rozpoznanie nie może być tu pewnem. Krönlein zwraca uwagę, że warunki krążenia żylnego w miednicy małej u kobiet usposabiają więcej do tworzenia się zatorów, niż u mężczyzn. Heller pozwala wczas wstawać chorym, operowanym powyżej pępka. Löbker zwraca uwagę zawsze na cały ustrój. Gdy chory wydziela mniej, niż litr moczu dziennie, to L. nie operuje. Płynu dostarczać należy ustrojowi po operacyi obficie przez wlewania podskórne i jelitowe. Eiselsberg nie jest za wczesnem wstawaniem; sam po przebytej operacyi mimo chęci nie mógł wstać drugiego dnia z powodu osłabienia. W końcu Trendelenburg i Kümmel przemawiają jeszcze w obronie swych zapatrywań (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W sprawie wód mineralnych krajowych miał wykład Dr H. Kucharzewski w Warsz. Tow. higienicznem 22. I. b. r. (»Zdrowie« 5). Stwierdziwszy, że naszemi wodami można zupełnie zastąpić niemieckie, i że we Francyi i w Niemczech starają się używać głównie wód krajowych, dochodzi H. na zasadzie zebranej przez siebie statystyki do smutnego wniosku, że u nas właśnie o krajowe wody się nie dba. Galicya, mając u siebie znakomite szczawy alkaliczne, sprowadza rocznie 1,350,000 butelek takich wód z zagranicy! Wwóz i zużycie wód polskich w Królestwie nietylko nie wzrasta, ale szybko maleje, pomimo, że wody te są w Warszawie tańsze od niemieckich (n. p. woda szczawnicka kosztuje 60 kop., emska 70 kop. i t. d.). Od r. 1903 do 1907 spadł przywóz wody szczawnickiej do Królestwa z 14 na 10 tysięcy butelek (emskiej, choć jest słabsza, rozchodzi się rocznie 25,000), krościeńskiej z 1,900 na 1,400, krynickiej z 8,700 na 6,000, żegiestowskiej z 1,500 niżej 1,000, iwonickiej z 8,000 na 4,800, rymanowskiej z 1,500 niżej 400, morszyńskiej z 900 na ledwo 350, (gdy obcych wód gorzkich, od morszyńskiej nie lepszych, sprowadzano po 50,000 butelek rocznie!). Wogóle z 40,000 butelek, zużytych w r. 1903, spadła konsumcya do r. z. na 25,000, t. j. tyle, ile Królestwo wypija samej wody emskiej. Przyczyną tego smutnego stanu jest nieruchawość producentów, obojętność publiczności i (przedewszystkiem) lekarzy. *R.*

Przeciw zdrojowiskom niemieckim rozpoczął się żywy ruch w prasie codziennej warszawskiej, pomieszczającej w tej sprawie liczne artykuły; wśród nich zasługuje na szczególną uwagę głos zasłużonego na polu balneologii polskiej Dra Dobrzyckiego w najpoczytniejszym z dzienników zakordonowych »Kuryerze warsz.« (Nr 131). Dr Dobrzycki przypomina, że już w r. 1886 w »Medycynie« podał, jakiemi zdrojowiskami i lecznicami polskiemi lub innych krajów można zastąpić zdrojowiska i lecznice pruskie i dołącza dokładną tabelę porównawczą, na ten cel ułożoną. Godziłoby się, by wszystkie polskie dzienniki zapoznały swych czytelników z tem zestawieniem zdrojowisk niemieckich z naszemi, z którego wynika, że bez pruskich najzupełniej obejść się można. O tem i lekarze polscy pamiętać powinni. Główne dane tablicy Dra Dobrzyckiego są następujące:

I. Cieplice obojętne: Niemieckie: Badenweiler w Schwarzwaldzie; Schlangenbad w Hessen-Nassau; Landeck i Warmbrunn na Śląsku pruskim; Wildbad w Wirtembergii. Polskie: Jaszczurówka. (Innych krajów: Neuhaus, Römerbad, Tüffer w Styryi; Cieplice czeskie; Gastein).

II. Szczawy proste: Niemieckie: Apollinaris, Fachingen, Selters i in. Polskie: Krościenko, Głębokie. (Inn. kr.: Bilin, Giesshübl, Krondorf w Czechach, Gleichenberg w Styryi, Bussang we Francyi).

III. Wody alkaliczne (sodowe, litowe, alkalicznosolankowe, alkalicznosolne, arsenowe): Niemieckie: Neuenahr w Prusiech, Obersalzbrunn i Cudowa na Śląsku prus., Ems i Soden w Hessen-Nassau. Polskie: Szczawnica. (Inn. kr.: Essentuki na Kaukazie, Vichy, la Bourboule we Francyi, Bilin, Karlsbad, Marienbad, Franzensbad w Czechach, Salvator na Węgrzech, Gleichenberg i Rohitsch w Styryi, Tarasp w Szwajcaryi, Luhaczowice na Morawach).

IV. Wody alkaliczno-ziemne: Niemieckie: Lippspringe w Westfalii, Wildungen. Polskie: Birsztany. (Inn. kr.: Contréxeville we Francyi).

V. Wody żelaziste: Niemieckie: Homburg w Ks. Nassau, Elster w Saksonii, Pyrmont w Ks. Waldeck-Pyrmont, Hermannsbad na Śląsku pr. Polskie: Krynica, Żegiestów, Nałęczów, Sławinek w Król. Polsk., Szepietówka na Wołyniu. (Inn. kr.: Bardyów na Węgrzech, Franzensbad w Czechach, Spa w Belgii). (Wody arsenowożelaziste posiadają tylko Tyrol: Levico i Roncegno, oraz Bośnia: Srebrenica).

VI. Solanki (proste, litowe, jodowobromowe): Niemieckie: Reichenhall, Kissingen, Heilbrunn w Bawaryi, Kreuznach, Kołobrzeg w Prusiech, Königsdorf-Jastrzemb na Śląsku pr., Wiesbaden, Soden w Nassau, Oyenhausen w Westfalii, Nauheim w Hesyi, Salzschlierf w Turyngii. Polskie: Rabka, Rymanów, Iwonicz, Truskawiec, Ciechocinek, Druskieniki. (Inn. kr.: Ischl, Hallstadt, Aussee w Salzkammergut, Gmunden i Hall w Górnej Austryi, Luhaczowice na Morawach, Balarue i Bourbonne-les-Bains we Francyi, Battaglia pod Wenecyą we Włoszech, Saxon-les-Bains i Wildegg w Szwajcaryi. (Niektóre wody tej grupy znajdują się w środkowej Europie tylko w Polsce).

VII. Wody gorzkie: Niemieckie: jedyne bardzo słabe, a drogie, w Ks. Sachsen-Meiningen. Polskie: Morszyn. (Inn. kr.: Bardzo liczne wody węgierskie: Victoria, Hunyady, Apenta i t. d., czeskie: Pilnau, Seidschütz).

VIII. Wody siarczane: Niemieckie: Akwizgran (Aachen) w Nadreńskiem, Weilbach w Ks. Nassau, Langenbrücken w Badeńskiem, Neundorf w Prusiech. Polskie: Busko, Solec, Lubień, Swoszowice, Truskawiec. (Inn. kr.: Piatigorsk na Kaukazie, Trenczyn, Piszczany na Węgrzech, Baden pod Wiedniem, Baden, Alveneu, Lenk, Yverdon w Szwajcaryi, Pierrefonds, Allevard i w. i. we Francyi).

(Należałoby jeszcze chyba dodać, że pruskie morskie kąpiele nadbałtyckie zastąpić może Połąga). *R.*

W uwagach o szpitalnictwie niemieckiem dotyka Dr J. Starzewski w końcu (»Tyg. lek.« 19 i 20) żywienia chorych i ogólnego rozkładu wzorowego szpitala. W żywieniu chorych uwzględnia się w Niemczech obowiązującą dziś bezwzględnie zasadę indywidualizowania, toteż wykaz potraw jest obfitszy, niż u nas, a lekarze mają w ich wyborze znacznie większą swobodę. Pożywienie przygotowują zawodowe kucharki pod kierunkiem kucharza lub zawodowo wykształconej »Siostry«, która »nie może być ni stąd ni zowąd przeniesiona na oddział chorych«, jako dozorczyni, ani naodwrót, (co się właśnie często zdarza u nas). W Niemczech przypada 1 osoba personalu kuchennego średnio na 25 chorych, u nas (we Lwowie) — jedna na 50! Kuchnie i magazyny kuchenne są w Niemczech urządzone równie czysto, jak sale operacyjne aseptyczne i mają rozliczne przyrządy do mechanicznego czyszczenia statków i t. p. — Co do rozkładu szpitala przestrzegana jest w Niemczech zasada, że jeden pawilon dla chorych mieści najwyżej 100 łóżek, zwykle 20 do 60; pawilony połączone są chodnikami, od spodu ogrzanymi, otoczone ogrodami; budynki gospodarcze zajmują środek terenu szpitalnego. W salach chorych przypada na 1 łóżko 36—60 m³ przestrzeni. Z podłóg w salach chorych najlepsze okazało się linoleum (t. zn. lepsze od płytek szamotowych i od terazza; drewnianych posadzek nigdzie niema). Znaczną część pawilonów stanowią ubikacye dodatkowe, będące ostatnim wyrazem postępu, jakoto: sala dzienna dla chorych, podręczna salka opatrunkowa i pracownia lekarska, podręczna kuchenka z przyrządami do mechanicznego czyszczenia naczynia, mieszkania sióstr i służby, a przedewszystkiem t. zw. »Utensilien-raum«, jak sala aseptyczna urządzony skład na wydzieliny i wydaliny chorych, bieliznę brudną i t. p., gdzie to wszystko się odkaża; oczywiście nie brak łazienki i wzorowych wychodków. Pawilony zakaźne stanowią w Niemczech co do liczby łóżek 8—12% ogółu łóżek szpitala; we Lwowie łóżka zakaźne przy 2·5 razy większej częstości chorób zakaźnych w kraju stanowią tylko cztery % wszystkich łóżek szpitala! Ciekawy jest bardzo opis mechanicznej pralni w szpitalu Westend. Personal pralni bywa w Niemczech trzykrotnie liczniejszy, niż u nas (we Lwowie)! *R.*

Codex alimentarius austriacus. W kwietniu r. b. odbyły się w Wiedniu obrady nad opracowaniem jednakowej ustawy o środkach żywności dla całej Austryi. Do narad powołał rząd przedstawicieli ministerstw spraw wewn., handlu, rolnictwa, przybocznej Rady dla spraw żywności i dolno-austr. Izby handlowej. Z powodu tych narad czyni »Przegląd higien.« (Nr 5) uwagę, że najlepsza nawet ustawa niewiele u nas pomoże, dopóki nie będzie w kraju naszym dostatecznej liczby dobrze zaopatrzonych zakładów badania środków spożywczych, dopóki te zakłady nie wykształcą, a gminy nie zaprowadzą zawodowych organów gminnych (komisarzy targowych), dopóki organy sanitarne gminne nie zostaną w całym kraju zreorganizowane na jednolite ciało z jednym zwierzchnikiem (departament Wydziału krajowego), mającym także władzę dyscyplinarną. *R.*

Państwowy główny urząd zdrowia w Austryi. R. dw. Prof. Ludwig, uzasadniając 18. V. b. r. w Izbie Panów znany swój wniosek o reformy sanitarne, podniósł, że ideałem byłoby ministerstwo zdrowia z lekarzem na czele, skoro to jednak obecnie jest niemożliwe, to powinien przynajmniej powstać samodzielny centralny urząd zdrowia w ministerstwie spraw wewn. Zarazem domagał się Prof. Ludwig poprawy bytu lekarzy rządowych. Wniosek Prof. Ludwiga odesłano do umyślnie wybranej komisyi. *R.*

Kasę chorych majsterską w Krakowie uchwalił (18. V.) założyć Wydział Izby rękodzielniczej, obliczając liczbę członków Kasy na trzy tysiące. Łatwo zrozumieć, czem zagraża taka Kasa dla lekarzy, jeżeliby dostarczać chciała także pomocy lekarskiej ryczałtowej. Jedynym środkiem byłaby wtedy dla lekarzy niezwłoczna ścisła organizacya. Ale o organizacyi jakoś obecnie przycichło. *R.*

Arcyważny, a bardzo dla lekarzy niekorzystny wyrok wydał niedawno Trybunał administracyjny w Wiedniu w sprawie uchwał Izb lekarskich wiedeńskiej i dolno-austryackiej, opiewających, że przyjęcie posady w regestrowanej Kasie zapomogowej (m. i. w Kasie chorych majsterskiej) uchybia godności stanu lekarskiego (por. »Przegląd lek.« Nr 14, str. 203, szpalta II.), a unieważnionych przez ministerstwo. Mianowicie Trybunał odrzucił sprzeciw Izb i unieważnienie wspomnianych uchwał zatwierdził. *R.*

Partactwo lecznicze w Saksonii kwitnie, jak nigdzie indziej w Europie. Poznawszy dane, zawarte w 37 sprawozdaniach rocznych, wydanych dotąd przez saskie kraj. Kollegium lekarskie, zdumiewać się trzeba nad ciemnotą, panującą tam w tym względzie. Z roku na rok rośnie ilość partaczy w zastraszający sposób. W r. 1905 było w Saksonii 2162 dyplomowanych lekarzy, a 2121 osób zajmowało się leczeniem chorych bez żadnego uprawnienia. Odliczywszy od owych 2121 tych, co leczą zęby, pozostanie jeszcze 1132, uprawiających partactwo na wszystkich polach medycyny. Są w Saksonii okolice, gdzie na każdego lekarza przypada jeden partacz, a nawet więcej (39 i 46). Najwięcej partaczy mieszka w Dreznie (235). Przeróżne są metody, stosowane przez partaczy. 292 stosuje t. zw. zabiegi naturalne, 294 mięsienie, 154 magnetyzm, 103 »sympatyę«, 84 homeopatyę, 23 elektryczność, 11 leczy gimnastyką leczniczą, 12 ziołami, 9 przylepcami, 45 leczy wszelakie choroby najrozmaitszymi zabiegami, 20 leczy tylko choroby wewnętrzne, 17 zewnętrzne, 7 cierpienia kobiece, 6 choroby płciowe, 16 zajmuje się drobną chirurgią, 10 leczy złamania, 18 nagniotki, a 4 spędza tasiemca. Partacze ci, zanim jęli się uszczęśliwiania chorych, należeli do przeróżnych innych zawodów. Odliczywszy 81 masażystów i łaziebnych, było 72 kupców i handlowców, 58 golarzy, 42 tkaczy, 31 właścicieli dóbr i gospodarzy wiejskich, 25 krawców i krawczyń, 25 posługaczy szpitalnych, 23 robotników fabrycznych, 21 pończoszarzy, 20 szewców, 20 parobków i służących, 19 stolarzy, 16 piekarzy, 14 nauczycieli i nauczycielek, 13 wyrobników, 12 restauratorów i t. d. Ciekawe szczegóły podają sprawozdania Kollegium lekarskiego o sposobie, w jaki wykonują swe zabiegi lecznicze owi partacze. Pewien n. p. 44-letni robotnik w hutach w Wilkau »wyczuwa chorobę«, kładąc ręce na chorym i równocześnie »siłą magnetyczną«, promieniującą z niego, leczy cierpienie. — W Reinsdorf leczy 68-letnia staruszka oddawna, muskając chorych. Czyni to »w imieniu Boga«. — Inna znowu 65-letnia wdowa po górniku kładzie ręce na chorego, wymawiając równocześnie nabożne zaklęcia. Wyuczyć się miała tego od swej matki, zresztą niczego nigdy się nie uczyła. Sposób swój stosuje na różę, ból zębów i wrzody na oczach. W innej okolicy znowu (Schneeberg) uprawia partactwo na wielką skalę dyrektor wędrownego teatru. Leczy on wszystkie choroby wodą, poznając chorobę z oczu. Uchodzi za cudownego lekarza, który pomaga tam, gdzie już żaden lekarz nie pomoże. — Najlepszą jednakże praktyką cieszy się szynkarz w Plauen. Pewnego dnia udzielił aż 228 porad. W krzywicy i zołzach obcina włosy i paznokcie, wierci dziury w żywem drzewie, wkłada w te dziury obcięte włosy i paznokcie i zalepia je. Drzewo rosnąc, ma chore »od«, znajdujące się w włosach i paznokciach, wyciągać i przemieniać na zdrowe »od«. Inny partacz każe chorym na zęby gasić świecę i wciągać dym w nozdrza. Smutny ten przegląd pozwolimy sobie zamknąć następującą historyą przypadku, który się wydarzył w Plauen. Młodego suchotnika namówił tam partacz do t. zw. metody Baunscheidta. Choremu, który przedtem mógł jeszcze wychodzić, zadał 800 drobnych ran na piersiach i plecach aż do pośladków, na obu ramionach i nogach, natarł je rozcieńczonym olejem krotniowym i podał mu wewnętrznie jakąś nalewkę i amerykańskie pigułki, zawierające żelazo i aloes. Wszystkie ranki pokryły się ropniami, gorączka wzrosła znacznie i chory tygodniami nie mógł ani siedzieć, ani leżeć, ani spać, stracił zupełnie apetyt, wreszcie wśród takich cierpień umarł. Partacz najwidoczniej przyspieszył śmierć i przyczynił cierpienia; skazano go na 2 lata więzienia. *Stahr.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Od 10. do 16. V. 1908 urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 1; zmarło osób 62 (w tem obcych 27), z nich z gruźlicy 15 (9), zapalenia płuc 8 (1), błonicy 2 (2), ospy 1, odry 3 (2), duru brzusznego 1 (1). *S.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. do 16. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 2 † 2 (tem obcych 1 † 2), ospy — † 1, krztuśca 14, płonicy 4, odry 16 † 3 (3 † 2), duru brzusznego 5 † 1 (2 † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10. do 16. V. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 3 † 2 (w tem obcych — † 2), krztuśca 3, płonicy 15 † 9 (— † 1), odry 5, duru brzusznego 3 † 1), gorączki połogowej 1 † 1. *Dr Leg.*

Dur w Warszawie przybrał większe rozmiary; dziennie bywa około 50—60 chorych.

Wiadomości bieżące.

Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w r. b. w Krakowie w dniach 10. i 11. lipca.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 20. V. b. r. posiedzenie, na którem prezes Dr Borzęcki odczytał list Prof. Rydygiera, zapraszający Towarzystwo do udziału w Zjeździe chirurgów polskich, a Prof. Dr Ciechanowski zachęcał do udziału w Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich, poczem Dr Cetnarowski miał wykład p. t. »Leczenie sposobem Pinkusa w cierpieniach ginekologicznych«. W dyskusyi przemawiał Dr Piotrowski.

— »Komitet lekarsko-aptekarski dla popierania przemysłu lekarskiego w Krakowie« rozdzielił do opracowania referaty o przyrządach i urządzeniach lekarskich, jakoteż o środkach leczniczych między swoich członków w sposób następujący: 1) Dr Tym. Piotrowski: narzędzia położnicze, ginekologiczne i urządzenia szpitalne; 2) Doc. Chlumsky: narzędzia chirurgiczne; 3) prof. K. W. Majewski: narzędzia okulistyczne; 4) Dr Maryan Godlewski: zdrojowiska i wody lecznicze; 6) Doc. Seńkowski: urządzenia pracowni chemicznych; 5) Mg. Ksawery Mikucki: przetwory farmaceutyczne. Wynik prac komitetu będzie ogłoszony drukiem.

— Komisya z 15 członków, wybrana na wniosek prof Kostaneckiego na poprzedniem posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego dla rozpatrzenia sprawy, poruszonej przez Dra T. Janiszewskiego w odczycie »O opiekach nad chorymi gruźliczymi« zebrała się na posiedzenie w d. 15. V. 1908. Przewodniczącym obrano prof. Kostaneckiego, sekretarzem Dra Korolewicza. Po ożywionych rozprawach, w których zabierali głos Dr Janiszewski, Korolewicz, Jan Landau, Schaitter, prof. Ciechanowski i Kostanecki, uchwalono w zasadzie przyłączyć się do akcyi »Towarzystwa dla zwalczania gruźlicy« we Lwowie i polecono przygotować projekt odpowiednich zmian w statucie tego Towarzystwa subkomitetowi, do którego wybrani zostali: prof. Kostanecki, Ciechanowski, Dr Schaitter i Korolewicz.

— Dyplom doktorski uzyskali pp. Tadeusz Kleczkowski, rodem z Warszawy, Karol Poliwka ze Żmigrodu, Ewa z Cybulskich Oskierczyna z Petersburga, Wilhelm Weissglas z Kołomyi i Stanisław Kącki z Krakowa.

— Ze sprawozdania Zakładu zdrojowego w Szczawnicy za r. 1907 wynika, że w roku tym bawiło w Szczawnicy 3309 osób (z tego z Galicyi 2508, z zaboru rosyjskiego 772, niemieckiego 21). Rachunki komisyi zdrojowej zamykają się w dochodach kwotą 31,613 K., w rozchodach 30,545 K. Z ulepszeń wymienia sprawozdanie budowę jednego nowego i rozszerzenie 2 domów, wymurowanie 2 dołów nieprzepuszczalnych na nieczystości, zbadanie, jakich potrzeba adaptacyi (które dzierżawcy mają wykonać przed sezonem), naprawę drogi w Pieninach, rozpoczęcie budowy domu dla zakaźnych i t. d. W ostatniem dziesięcioleciu wzrosła wysyłka wód z 114,500 na 139,190 butelek, liczba gości z 2332 na 3309.

Lwów. Pierwszą »Opiekę dla chorych gruźliczych« otwarło Stowarzyszenie dla zwalczania gruźlicy d. 17. V. b. r. przy ul. Pańskiej l. 10. Kuratorem opieki jest r. dw. Dr J. Merunowicz, wiceprezesem prof. Dr Gluziński. Przy otwarciu przemawiali: Prof. Gluziński, prezydent miasta p. Ciuchciński, prezes Tow. lek. Dr Pisek, dalej imieniem Związku Tow. dobroczynnych Prof. Thullie, imieniem zboru izraelickiego Dr Czeszer i wreszcie p. Barwiński.

— Sprawozdanie fizyka miasta za r. 1905/6, przedstawione Radzie miejskiej 14. V. b. r. (ze względu na X. Zjazd lekarzy i przyr. polskich wydane już w r. 1907), wywołało żywe rozprawy, w których prócz sprawozdawcy Dra Piska, zabierali głos Dr Mikołajski, Dwernicki i rektor prof. Szpilman ze stanowiska krytycznego, a wiceprezydent Dr Rutowski zarzuty odpierał. Podnoszono, że sprawozdania powinny być przedkładane wcześniej, że komisya sanitarna miejska powinna zbierać się co miesiąc, że od 3 lat zalega sprawa utworzenia 7 posad rządowych lekarzy policyjnych, że pomimo 4-krotnej uchwały Rady m. dotąd nie został przedłożony projekt reorganizacyi miej-

skiej służby zdrowia i t. d. Wiceprezydent miasta w odpowiedzi zapewnił, że projekt reorganizacyi służby zdrowia wkrótce będzie ukończony i podnosił sprawność zorganizowanego przez fizykat miejski zwalczania chorób zakaźnych.

Warszawa. Kasa im. Mianowskiego wydała sprawozdanie za r. 1907. W roku tym liczyła Kasa członków założycieli 88, honorowych 158, rzeczywistych 728, zrealizowała 5 zapisów, a w sprawie 3 innych prowadziła kroki prawne. Bilans Kasy zamyka się w stanie biernym i czynnym kwotą 550,938 rb. Na zapomogi zwrotne i bezzwrotne na badania i wydawnictwa naukowe wydano ogółem 31,644 rb. Z kwoty tej na nauki lekarskie przypadła kwota stosunkowo jeszcze mniejsza, niż dawniej, bo nie przekraczająca nawet 2000 rb. Otrzymali mianowicie zapomogi na badania: Dr Dębiński (patologia gruźlicy 200), Knoff (psychiatrya 250), Koelichen (neurologia 150), H. Landau (hematologia 150), Benni (fizyologia mowy 300), Sterling (embryologia i histologia 300), a Dr Z. Kramsztyk 600 rb. na wydawnictwo »Objawów klinicznych chorób oczu« — razem 1950 rb. Nawet doliczając zapomogi na badania antropologiczne i z zakresu anatomii porówn. otrzymamy dopiero 2700 rb. na ten dział nauk. Przyznano, ale nie wypłacono Dr Biegańskiemu 620 rb. na II. wydanie »Logiki medycyny« i Dr Rzętkowskiemu 300 rb. na »Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego«.

— Warszawskie Towarzystwo kursów naukowych, na których wykładane są także niektóre przedmioty z zakresu nauk lekarskich, wydało sprawozdanie z dwuletniej swej działalności. Kursami kieruje zarząd pod przewodnictwem p. P. Drzewieckiego. Przewodniczącym Wydziału matematyczno-przyrodniczego był z początku prof. S. Dickstein, obecnie p. J. Sosnowski.

— Wydział balneologiczny warszawskiego Towarzystwa higienicznego utworzył dla publiczności biuro informacyjne o zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych.

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze rozpocznie się w sobotę 6. czerwca o 11 rano w Narodnem Divadle uroczystem posiedzeniem ogólnem, na którem odbędzie się wykład prof. Mareša, a zakończy go posiedzenie ogólne 10. czerwca rano w Panteonie Muzeum narodowego (wykład prof. Počta). Między temi posiedzeniami odbywać się będą rano i popołudniu posiedzenia sekcyi. — W przeddzień Zjazdu, w piątek 5. VI. wieczór, odbędzie się zebranie koleżeńskie w Mieszczańskiej Besedzie. — 6. VI. wieczór urządza m. Praga raut na Zofinie, 7. VI. popołudniu zwiedzanie wystawy, wieczór festyn na Strzeleckim Ostrowie, 8. VI. zebranie na wystawie, 9. VI. uroczyste przedstawienie w Nar. Divadle. Biuro Zjazdu urzędować będzie przez te dni w gmachu politechniki czeskiej. Na Zjazd zgłosiło się dotąd 575 uczestników. Wszelkich wyjaśnień udziela kancelarya Zjazdu (Vladislavova 14), gdzie też należy zgłaszać udział i przesyłać wkładki uczestnictwa (10 kor.). — Wyszedł z druku Nr 1. »Vestnika« Zjazdu, wydawanego pod redakcyą prof. B. Kučery, Dra Panyrka i Doc. Slavika. Zawiera on zarys dziejów uniwersytetu czeskiego, pióra rektora prof. Golla, oraz politechniki czeskiej, pióra prof. Velflika, następnie ustawę Zjazdu, program ogólny, wykłady zgłoszone w sekcyach, dział informacyjny i spis uczestników. Tegoroczny Zjazd czeski przypada w 25-tą rocznicę utworzenia samoistnego uniwersytetu czeskiego i w dwóchsetną rocznicę założenia szkoły inżynierskiej praskiej, która przekształciła się potem w politechnikę, a była pierwszą tego rodzaju szkołą w Europie.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia »Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu« w dniu 2. (15.) V. b. r. znajdował się odczyt Dra Wojciecha Kozłowskiego: Nowy sposób łączenia moczowodów z pęcherzem (urethero-cystostomia).

— Niemieckie Towarzystwo higieny publicznej (Deutsch. Verein f. öffentl. Gesundheitspflege) uchwaliło na przyszłość nie przyjmować ugoszczenia swych Zjazdów przez miasta, gdzie się Zjazd odbywa i nie urządzać wspólnych uczt zjazdowych. »Deutsche med. Wochenschrift« (20) podając tę wiadomość, wyraża zdanie, że ze Zjazdów odpaść też powinny urzędowe mowy powitalne władz i t. d., które stały się szablonowym frazesem, a rabują mnóstwo czasu właściwym obradom. Powitania te zachowaćby można chyba tylko na Zjazdach międzynarodowych.

— Podobne z ustroju do naszych wydawnictw wydawnictwo »Münchener med. Wochenschrift«, liczące obecnie 11,800 czytelników, rozdało z czystych zysków za r. 1907 kwotę 17,400 Mk. między instytucye humanitarne (fundusze wdów i sierót po lekarzach, kasy zapomogowe lekarskie), na zasiłki naukowe i t. p. Od r. 1897 rozdało grono wydawnicze nie mniej jak 114,440 Mk. na te cele! Nie w tym zapewne rozmiarze, ale i u nas byłaby możliwa taka działalność humanitarna, gdyby pisma nasze tygodnikowe, obecnie wskutek rozdrobnienia środków »robiące bokami« i ledwo dzięki ofiarności prywatnej pokrywające swe wydatki, połączyły swe siły i środki, (nie mówiąc już nawet o tem, że na takiem połączeniu zyskaliby przedewszystkiem czytelnicy!).

— Centralny niemiecki Komitet badania raka urządza 23. V. b. r. na uroczystość założenia międzynarodowego Związku badania raka uroczyste posiedzenie, na którem wykładać będą Borrel z Paryża, Dollinger z Pesztu, Jensen z Kopenhagi, Podwysocki z Petersburga.

— III. międzynarodowy Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi odbędzie się 7—13. X. b. r. w Wiedniu.

— W »Dumie« państwowej rosyjskiej wniosło 32 posłów projekt prawa o obowiązkowem szczepieniu krowianki.

— Na wzór Pogotowia ratunkowego warszawskiego ma być utworzone Pogotowie w Moskwie.

— Kursa wakacyjne dla lekarzy na Wydziale lekarskim czeskim w Pradze odbędą się w tym roku od 6. do 25. lipca. Zgłaszać się należy ile możności przed 13. czerwca pod adresem Prof. Dra Weignera w Pradze. Za kursa, udzielane przez profesorów, docentów i asystentów, pobierane będzie zwykłe czesne (2 K za godzinę).

Mianowani: Prof. Remedi dyrektorem kliniki chirurg. w Modenie, farmakolog Prof. Magnus z Heidelberga profesorem w Utrechcie;

Dr St. Krzeczkowski lekarzem domowym szpitala Dz. Jezus w Warszawie, Dr W. Cung asystentem-internem szpitala żydowskiego w Warszawie.

Zmarli: Dr Stanisław Zaleski w Woli Skoromnowskiej w Królestwie, Dr Tadeusz Krobicki, lekarz miejski, uczestnik wypadków z r. 1863, wielki dobroczyńca ubogich, w 59 r. ż. we Lwowie;

Dr Chamberland, zastępca dyrektora Zakładu Pasteura w Paryżu, fizyolog Prof. Langendorff w Rostocku.

Redakcya otrzymała: K. Orzechowski: Ein Fall von Missbildung des Lateralrecessus. »Arb. a. d. neurol. Inst. Wien.« 1908. — Gluziński: 1) Gruźlica narządu moczowo-płciowego. »Tyg. lek.« 1908. 2) Zur Frage der Ausscheidung der Chloride im Harne bei Nierenerkrankungen. »Wien. klin. Wochs.« 1908.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. dr Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Iwonicz.

Dr **Turzański Grzegorz Jarosław**, Bazar obok poczty.

Kosów.

Dr **Tarnawski A.**, (za Kołomyją). Lecznica własna.

Krynica.

Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski").
Dr **Lewicki Stanisław**, Willa „pod Trąbką".

Rymanów.

Dr **Regiec Jan.**

Szczawnica.

Dr **Gorski Ksawery**, b. lekarz zakładowy (zimą **w Abacyi**).
Dr **Kołączkowski J.**, zakład wodoleczniczy „Miedziuś".
Dr **Szumowski**, Obok zdroju Józefiny.

Truskawiec.

Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, lekarz zakład., b. asyst. Un., sek. szp. lwow.

Żegiestów.

Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Bad Nauheim.

Dr **Łowiński**, Fürstenstr. 14.

Baden.

Dr **Kümmerling Henryk**, lekarz zdrojowy, Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lwow. („Villa Söllradl").

Cieplice trenczyńskie.

Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wohr Franciszek**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.

Dr **Steinsberg**, zakład i pensyonat leczn. we własnej willi.

Gleichenberg.

Dr **Bulikowski Stan.**, radca ces., (Villa „Höflinger" VII.).

Kissingen.

Dr **Chłapowski**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1 (pens.).

Karlsbad.

Prof. Dr **Biernacki**, Alte Wiese, Haus „Nizza".